

LUCIANA OLIVEIRA VILLARINHO RODRIGUES

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK DO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

**Dissertação apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde**

SANTOS

2012

LUCIANA OLIVEIRA VILLARINHO RODRIGUES

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK DO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

**Dissertação apresentada à Universidade Federal de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.**

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci

**Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Castro e
Silva**

SANTOS

2012

Rodrigues, Luciana Oliveira Villarinho -

R6182e Estudo exploratório do perfil dos usuários de crack do município de Santos / Luciana Oliveira Villarinho Rodrigues.--Santos, 2012.
94 f. : xviii. color. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde, 2012.

Título em inglês: Exploratory study of crack users in the city of Santos

1. Drogas 2. Crack 3. Perfil 4. Usuário de drogas I. Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci II. Estudo exploratório do perfil dos usuários de crack do município de Santos.

LUCIANA OLIVEIRA VILLARINHO RODRIGUES

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK DO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

Presidente da banca: Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Nara Rejane Cruz de Oliveira

Dra. Neide Gravato da Silva

Profa. Dra. Zila Van Der Meer Sanchez

Aprovada em: 16/10/2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Profa. Dra. Maria Graciela Gonzales Perez de Morell
Chefe do Departamento de Saúde, Educação e Sociedade

Prof. Dr. Daniel Araki Ribeiro
Coordenador do Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da
Saúde

Dedico esse estudo ao meu filho Pedro Villarinho Marrach, que veio ao mundo para me ensinar que o amor tudo pode vencer e superar. Agradeço por sua paciência e generosidade em dividir nosso tempo juntos com “a escola e as atividades da mamãe”. A ele meu eterno amor.

Não posso deixar de mencionar a dedicação e amor incondicional que recebi por todo esse período de aprendizagem de meu filho peludo adotivo, Cavendish, que esteve ao meu lado nos momentos de desespero, conquistas e alegrias. A ele dedico todo o companheirismo que recebi para finalizar essa tarefa.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos mais que merecidos aos que me auxiliaram nesse grande desafio:

À minha orientadora, Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci por me apresentar e ensinar o que é de fato a vida acadêmica;

Ao meu Co-orientador Prof. Carlos Roberto Castro e Silva pela tranquilidade em passar seus ensinamentos;

Ao Prof. Daniel Araki Ribeiro, por ter feito parte e colaborado no meu crescimento acadêmico;

Ao meu chefe, Diretor Técnico do Grupo de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo – GVE XXV – Santos, Dr. Vandejacson Bezerra de Andrade, pela compreensão e colaboração para que pudesse realizar esse estudo;

Às amigas, Regina Maria Vasconcelos de Lacerda e Neide Gravato da Silva, que acompanharam minhas dúvidas, dificuldades e conquistas com bom humor e dedicação;

À minha amiga e confidente, Ivanir Cochi, pelas palavras de incentivo e determinação, grande colaboradora nesse estudo;

À minha amiga e companheira de trabalho, Eliane Cobra, por toda sua dedicação e colaboração em todos os níveis de minha vida;

À Sandra D'avida Vila Verde, minha psicóloga e maior incentivadora nesse desafio;

À minha mãe, Maria Estela Marques de Oliveira, que me ensinou o valor da independência e da luta pela sobrevivência;

À minha irmã, Paula Oliveira Villarinho Rodrigues, que sempre confiou e acreditou em meu potencial;

À Maria Antonia Candeia, que tem sido a melhor cuidadora que poderia existir para mim e minha família, em especial para o Pedro, a quem se dedica como uma verdadeira mãe;

Aos que torceram para que eu chegasse até o final do mestrado, amigos, companheiros de curso, entrevistadoras e professores, são muitos para nominar, mas sei que estão todos aqui contemplados.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pelo auxílio financeiro para a realização desta pesquisa.

A pesquisa foi realizada com auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, sob a coordenação da Profa. Dra. Adriana Macassa Tucci (processo nº 2011/00188-4).

É Preciso Saber Viver

Roberto Carlos

Quem espera que vida
Seja feita de ilusão
Pode até ficar maluco
Ou viver na solidão
É preciso ter cuidado
Prá mais tarde não sofrer
É preciso saber viver...

Toda pedra no caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mau existem
Você pode escolher
É preciso saber viver...

É preciso saber viver!
É preciso saber viver!
É preciso saber viver!
Saber viver!...

Toda pedra do caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver...

É preciso saber viver!
É preciso saber viver!
É preciso saber viver!
Saber viver! Saber viver!...(2x)

SUMÁRIO

Dedicatória	vi e vii
Agradecimentos	viii e ix
Auxílio à Pesquisa	x
Listas de Tabelas, Gráfico e Figuras	xiii
Lista de Abreviaturas	xiv e xv
Glossário	xvi,xvii,xvi
Resumo	xix
1-INTRODUÇÃO	
1.1. História da cocaína e do crack no mundo e no Brasil	20 e 21
1.2. Características da droga	21 a 24
1.3. Epidemiologia do uso de cocaína e crack no mundo e no Brasil	24 e 25
1.4. Riscos e Consequências associados ao uso do crack	25 a 27
1.5. Perfil dos usuários de crack	27 a 29
1.6. Santos no contexto das drogas	29 a 34
2- OBJETIVOS	35
3- MÉTODO	36
3.1. Sujeitos	37
3.2. Instrumento	37
3.2.1. ASI	37
3.2.2. Diário de Campo	38 e 39
3.3. Estudo Piloto	39 e 40
3.4. Procedimentos para a coleta de dados	40 e 41
3.5. Contextualização dos Campos	41
3.6. Análise dos dados	41 e 42
3.7. Questões éticas	
4- RESULTADOS	43 a 51
5- DISCUSSÃO	52 a 66
5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	66 e 67
6- CONCLUSÃO	68 a 71
ANEXOS	72 a 87
7- REFERÊNCIAS	88 a 93
ABSTRACT	94

LISTA DE TABELAS, GRÁFICO E FIGURAS

TABELA 1 – Características Sociodemográficas e Econômicas dos usuários de crack do município de Santos.	44
TABELA 2 – História de tratamento dos usuários de crack do município de Santos na vida e nos últimos 30 dias.	46
TABELA 3 – História de uso de drogas dos usuários de crack do município de Santos.	48
TABELA 4 – História de uso do crack relatada pelos usuários de crack do município de Santos.	49
TABELA 5 – Características psicossociais e familiares dos usuários de crack do município de Santos.	49
GRÁFICO 1 – Escore de gravidade nos diversos eixos do ASI.	50
FIGURA 1 – Simulação de uso de crack.	22
FIGURA 2 – Atuação do crack no cérebro.	23
FIGURA 3 – Demonstração da Interferência do crack no organismo.	61

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrom

ASI – Addiction Severity Index

CAPS-AD – Centro de Atenção Psico-Social Álcool e Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CRT-DST/AIDS – Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NESE- Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos da Universidade Santa Cecília

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

OG – Organização Governamental

PAI – Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)

PET SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PETROBRÁS – Junção de Petróleo com Brasil

PIEC – Programa para Inclusão e Cidadania

RD – Redução de Danos

RG – Registro Geral

RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista

SENAT – Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente

SUS – Sistema Única de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNDCP – United Nations International Drug Control Program

UNISANTA – Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes

GLOSSÁRIO

Antiretrovirais – São drogas que inibem a replicação do vírus HIV, revertendo a progressão da doença de retrovírus.

Barato – Efeito produzido pela droga.

Bico – Forma de ganhar dinheiro através de trabalho não formal.

Bola de Neve – Técnica para obter sujeitos a serem pesquisados, onde um participante convida o outro e assim sucessivamente.

Borra – Sobra que fica depositada no cachimbo após a combustão da pedra de crack.

Cachimbo – Parafernália utilizada pelos usuários de consumir a pedra de crack. Normalmente a confecção é feita pelos próprios usuários.

Capetinha, ciscado, pitilho – Forma de utilizar o crack macerado e misturado ao tabaco em forma de cigarro.

Censo - É o conjunto de dados estatísticos que informa diferentes características dos habitantes de uma cidade, um estado, uma nação. A palavra tem origem no Latim “*census*” que significa “estimativa”.

Cheirinho da Loló ou Loló - É o nome popular de um entorpecente preparado clandestinamente baseado em clorofórmio, usado de forma inalada.

Cocaetileno - A associação de cocaína e álcool produz uma toxicidade maior, em comparação ao uso dessas drogas isoladamente, e essa alta toxicidade ocorre devido à formação do cocaetileno, um metabólito ativo da cocaína formado apenas na presença do álcool. Vale salientar que essa toxicidade, causada pelo cocaetileno, é mais prejudicial para os sistemas cardiovascular e nervoso central, sendo comum aos homens e aos animais.

Crack – Droga derivada da cocaína, que é formada através do aquecimento do cloridrato de cocaína com solventes. O crack ou “pedra” é um composto de coloração bege.

Crack Houses – Locais onde o crack começou a ser produzido e consumido nos Estados Unidos.

Crash – É o nome dado para o período em que o usuário de crack passa se após o abuso da droga não houver novo consumo, no qual estão presentes desânimo, sono, lentidão, piora da atenção e da concentração, havendo melhora após 3 a 4 dias.

Droga Psicotrópica – É a substância química que age principalmente no sistema nervoso central, muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência,

causando dependência.

Fissura ou Craving – Vontade ou desejo de consumir a droga.

Hepatite B – Inflamação do fígado causado pelo vírus B. Normalmente tem cura espontânea e em outros casos é feito tratamento com medicação específica.

Hepatite C – Inflamação do fígado causado pelo vírus C. Das Hepatites Virais é a mais agressiva, possui tratamento, mas uma porcentagem dos doentes não obtém sucesso, sendo necessário transplante.

In Loco – A expressão latina in loco quer dizer «no lugar», «no próprio lugar».

Incidência – Número de casos novos de doenças em determinada população em um determinado período de tempo.

Informantes –chave – Pessoas que possuem convívio com usuários de drogas, sendo outros usuários, ex-usuários ou profissionais de saúde, que tem como auxiliar na coleta de dados de uma pesquisa ou apresentar os pesquisadores para população alvo.

Larica – É uma expressão usada para designar a fome aguda que atinge quem se encontra sob o efeito da maconha.

Mesclado – Uso do crack macerado e misturado com maconha, fumado em forma de cigarro.

Padrão binge – É o padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack, provocado pela fissura e pode durar dias até que o suprimento de droga acabe ou que haja exaustão do usuário.

Papelote – Forma como são chamadas as embalagens que contém cocaína, normalmente vendidas em gramas.

Pedra – Forma de apresentação do crack para ser consumido.

Pipado – Expressão utilizada pelos usuários de crack, quando estão utilizando cachimbo para seu consumo.

Prevalência - proporção de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal.

Psicose Paranóide – É um quadro psicopatológico clássico, reconhecido pela psiquiatria, pela psicologia clínica e pela psicanálise como um estado psíquico no qual se verifica certa "perda de contato com a realidade". Nos períodos de crises mais intensas podem ocorrer (variando de caso a caso) alucinações ou delírios, desorganização psíquica que inclua pensamento desorganizado e/ou paranóide, acentuada inquietude psicomotora, sensações de angústia intensa e opressão, e

insônia severa.

Rush ou Flash – Sensação de extremo prazer causado pela droga. No caso do crack a duração é de aproximadamente 5 minutos.

Soropositivos – Forma utilizada para chamar os portadores de doenças como AIDS, Hepatites Virais entre outras.

RESUMO

O crack é uma droga que ameaça a saúde pública, devido a dependência vinculada a uma compulsão intensa, que faz seus usuários vulneráveis às DST/Aids, além disso há diferentes formas e graus de violência e exclusão social associadas. O presente estudo tem por objetivo explorar a descrição do perfil dos usuários de crack no município de Santos. O estudo se caracterizou por ser transversal, com metodologia de natureza quantitativa, descritiva, do tipo exploratória e foi realizado com 292 usuários ou ex-usuários de crack. Para avaliação dos dados socioeconômicos, demográficos e de história de uso de drogas e problemas associados foi utilizada uma versão adaptada da *Addiction Severity Index*, um instrumento validado e padronizado para o português. A amostra foi composta por sujeitos de ambos os sexos e com idade igual ou superior a dezoito anos. Os usuários que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O perfil dos usuários de crack mostrou-se predominantemente masculino, com idade média de 35 anos, solteiros, moradores de rua, com média de 8 anos de escolaridade, com problemas de vínculo social e poliusuários de drogas, sendo a combinação crack, álcool, maconha e cocaína a mais encontrada. O crack foi considerado a principal substância e sua forma de consumo mais comum é a “pipada”. O resultado deste estudo poderá auxiliar na implantação de novas formas de intervenção junto aos usuários de crack, fortalecendo uma política pública adequada para a questão das drogas na cidade de Santos reforçando as necessidades desses usuários, e com maior enfoque na intervenção nos locais de consumo da droga.

Palavras chave: Drogas, Crack, Perfil, Usuários de Drogas

1. INTRODUÇÃO

1.1. História da cocaína e do crack no mundo e no Brasil

Segundo o Relatório Mundial de Drogas de 2010 (UNODC, 2010), apesar da diminuição da área global de plantio de coca ter diminuído de 2000 para 2009 em 28%, em especial na Colômbia (pela erradicação), com uma queda de 58% de seu cultivo em 2009, em outros países como Peru, Bolívia e Chile o cultivo aumentou significativamente, com maior poder de produção dos traficantes. De 2008 para 2009 foi relatado um aumento de 74% de instalações clandestinas, chamadas de laboratórios, usadas para processar a coca, sendo que mais de 99% deles fazem parte da Colômbia, Peru e Bolívia.

As apreensões de cocaína na América Latina também bateram recordes no ano de 2008, sendo apreendidas 418 toneladas da droga, quase um terço a mais do que foi apreendido em 2007. Só no Brasil esse aumento foi de 21% (UNODC, 2010).

Com as apreensões e mudança nas demandas do mercado, os países de trânsito, especialmente Venezuela, Equador e Brasil passaram a ter uma maior importância. O destino da cocaína que passa por esses países é a Europa e África Ocidental. Na França, em 2008, a maior parte da cocaína apreendida veio do Brasil (40%), sendo que essa droga provavelmente veio do Peru e da Bolívia, mostrando o potencial desses países na produção de cocaína distribuída no mundo (UNODC, 2010).

O Brasil e a Argentina apresentam a maior prevalência de uso de cocaína da América do Sul, com uma estimativa de 900 mil e 600 mil usuários respectivamente (UNODC, 2010).

O Brasil aparece como o maior mercado de cocaína da América do Sul, apresentando em números absolutos 890.000 pessoas ou 0,7% da população entre 12-65 anos. A apreensão de cocaína em 2007 foi de 16608.500 kg e de crack, no mesmo ano, de 578.060 kg, colocando o Brasil como país em 10º lugar no mundo em apreensão de cocaína, 17 toneladas em 2007 (UNODC, 2010).

O crack surgiu nos Estados Unidos entre os anos de 1984 e 1985, nos bairros pobres e marginalizados de Nova York, Los Angeles e Miami, através de processos caseiros, nas chamadas *crack houses*, onde os próprios usuários “fabricavam” o crack

para consumir em grupos. Era utilizado predominantemente por jovens, em sua maioria usuários de cocaína entusiasmados pelo baixo preço e acabou atraindo os usuários de cocaína injetável devido ao advento da Aids. O preço acessível e o prazer associado ao crack fizeram com que muitos usuários passassem a usá-lo como droga principal. A cocaína e seus derivados fizeram do EUA o maior mercado consumidor por décadas (Ogata & Ribeiro, 2010). Em 1989 aparece o primeiro relato de uso de crack em São Paulo (Nappo et al 1996) que vem sendo utilizado em larga escala, podendo ser verificado isso através de colocações, tais como: *“Calcula-se hoje pelo menos 1,2 milhão de pessoas usam crack no Brasil. A maioria jovens.”* (Aquino, 2010).

No Brasil, as apreensões de crack tiveram início nos anos 90, aumentando 166 vezes entre os anos de 1993-1997, havendo aumento de apreensão de pasta base no mesmo período na região sudeste em 5,2%. Em São Paulo, a Zona Leste e o Centro próximo à Estação Luz, conhecida como Cracolândia, foram os locais afetados inicialmente e depois o consumo de crack se espalhou por vários pontos da cidade devido à repressão policial na região do Centro (Laranjeira & Ribeiro, 2010).

Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira et al, 2012) mostram que 2 milhões de brasileiros já usaram cocaína fumada (crack/merla/oxi) pelo menos uma vez na vida, 1,4% de adultos e 1% de jovens. Um em cada 100 adultos experimentou crack no último ano, o que representa 1 milhão de pessoas. O uso de cocaína fumada na adolescência representou 1% na vida, o que equivale a 150 mil jovens e, no último ano, cerca de 18 mil. A região sudeste é a mais prevalente, com 46% do consumo do país no último ano. O Brasil representa 20% do consumo de cocaína/crack no mundo e é o segundo maior mercado de crack do mundo (Laranjeira et al, 2012).

Em termos epidemiológicos isso representa um maior número de pessoas infectadas com DST/Aids, pelo compartilhamento de parafernália, bem como uso inconsistente de preservativos. Além de trazer um alerta para saúde e segurança públicas sobre a questão da fácil circulação da droga e do poderio do tráfico.

1.2 Características da droga

O crack, também conhecido como pedra, é composto por pasta base de

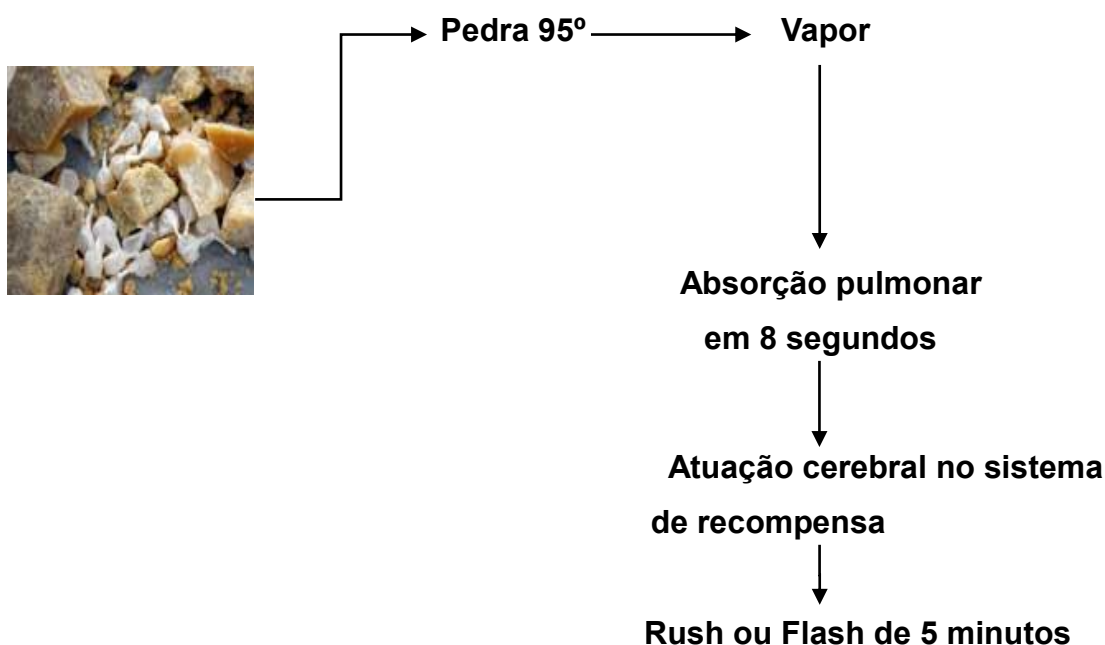
cocaína ou cloridrato de cocaína, sendo pouco solúvel em água, o que faz com que haja dificuldade em ser utilizado de forma injetável (Nappo et al, 2004).

Na produção do crack não há purificação final (Domanico, 2006). Para que a droga possa render mais são adicionadas diversas substâncias tóxicas como: açúcar, pó de mármore, giz, farinha, maisena entre outros (Oliveira & Nappo, 2008a).

O cloridrato de cocaína é de fácil manipulação, é misturado com água e hidróxido de sódio ou bicarbonato de sódio (agentes alcalinos) e aquecido, assim forma uma película fina como uma “casca”, que depois de seca pode ser usada nos cachimbos confeccionados pelos seus usuários (Nappo et al, 2004).

O nome dado à droga, crack, parece ter vindo do som produzido pelo cloreto de sódio, liberado quando a pedra é aquecida a uma temperatura de 95° C (Nappo et al, 2004). Nessa temperatura, a pedra passa para um estado de vapor, sendo absorvida pelos pulmões e chega ao cérebro em torno de 8 segundos. A cocaína injetável chega ao cérebro em 3 a 5 minutos e na forma aspirada em 10 a 15 minutos (Figura 1).

Figura 1- Simulação de uso de crack

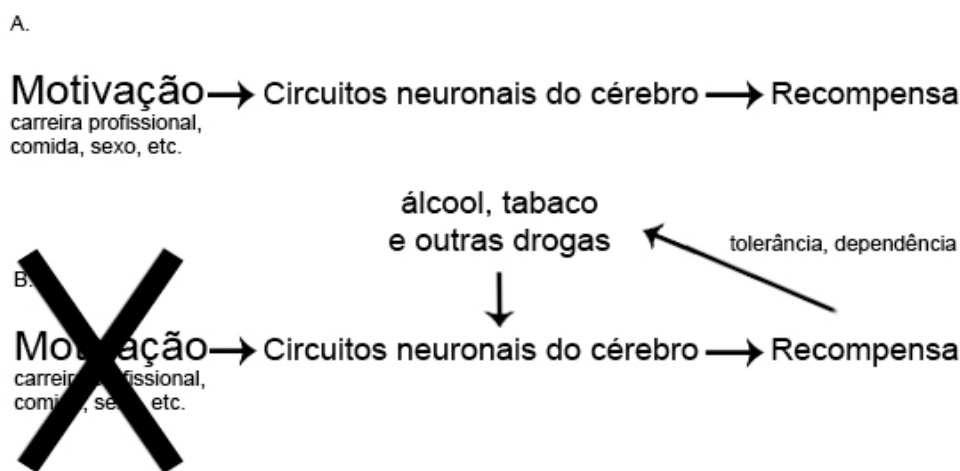


Nappo et al, 2004; Laranjeira & Ribeiro, 2010

O crack atua diretamente no núcleo de prazer cerebral, denominado sistema de recompensa, cuja função principal é promover e estimular comportamentos que

favoreçam a manutenção da vida e espécie, como alimentação, acolhimento, sexo entre outros. Esses comportamentos motivados acabam ativando o sistema de recompensa que responde através de sensações de prazer e satisfação. A droga corrompe esse sistema complexo de motivação e resposta, que passa por diversas situações de frustração, resignação, elaborações e acaba gerando um prazer imediato e mais intenso (Figura 2- Laranjeira & Ribeiro, 2010). A atuação do crack no sistema de recompensa, através da dopamina, ocorre por apenas 5 minutos aproximadamente, causando uma sensação extremamente prazerosa chamada de *rush* ou *flash* (Nappo et al, 2004). Quanto mais rápido e intenso forem os efeitos da droga, maior será a probabilidade de ser consumida novamente. Portanto, a forma de administração tem intensa relação com uso compulsivo, aumentando a probabilidade de abuso e dependência (Laranjeira & Ribeiro, 2010).

Figura 2. Atuação do crack no cérebro.



Laranjeira & Ribeiro (2010)

A droga interfere em outros circuitos neuronais, provocando danos cerebrais por toxicidade direta ou indireta. No consumo de cocaína, a oxigenação cerebral é diminuída especialmente no lobo frontal, responsável pelas funções psíquicas superiores como pensamento, raciocínio, abstração, planejamento e controle dos impulsos (Laranjeira & Ribeiro, 2010).

A extrema euforia, onipotência e autoconfiança gerados pelo crack logo dão lugar à fissura, o que faz com que os usuários de crack utilizem a droga de forma compulsiva para manter seus efeitos (Nappo et al, 2004).

A droga atraiu pequenos traficantes e gerou aumento incontrolável de

produções caseiras. O percentual de cocaína em cada pedra é sempre incerta (Garcia & Nappo, 2008), podendo variar seu grau de pureza de 15% a 90% (Laranjeira e Ribeiro, 2010).

1.3. Epidemiologia do uso de cocaína e crack no mundo e no Brasil

As taxas mais altas de prevalência de uso de cocaína na vida foram encontradas em um estudo multicêntrico europeu nos anos de 2001 e 2002, no qual no Reino Unido a taxa foi de 5,2% e, na Espanha, de 4,9%. Ainda segundo Relatório Anual de Drogas da Europa (Observatório Europeu da droga e da Toxicodependência, 2009) relativo aos anos de 2007 e 2008, o Reino Unido notificou 0,5% de usuários problemáticos de crack. Segundo Laranjeira & Ribeiro (2010), Inglaterra e Espanha foram os países europeus com maiores índices de consumo de crack entre 2007 e 2008.

As mortes relacionadas ao uso de crack e cocaína na Europa também se mostraram alarmantes. Estimou-se que 1% a 15% das mortes por drogas tinham relação com uso de cocaína. Em países como a Alemanha, Espanha, França e Hungria foram relatados índices de 8% a 15% de mortes relacionados ao consumo de cocaína (Haasen et al, 2004). Considerando que os dados encontrados foram de 2004, mudanças podem ter ocorrido nesse período.

Em um estudo realizado em 2006 com moradores de rua de cinco cidades do Canadá, foi relatado que 52,4% haviam consumido crack nos últimos 6 meses e, em Toronto, 78,8% (Fischer et al, 2006).

Atualmente, de acordo com o European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction (EMCDDA, 2011) e o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira et al, 2012), os países desenvolvidos têm diminuído o consumo de cocaína, porém, segundo a OMS, isso não ocorre com os países emergentes como Venezuela, Equador, Brasil, Argentina e Uruguai, onde há aumento do consumo de cocaína (UNODC, 2010).

No Brasil, o I Levantamento Domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, em 1999, com as 24 maiores cidades paulistas (mais de 200.000 habitantes), foi encontrado 2,1% de uso de cocaína na vida, com predominância na faixa etária dos 26 aos 32 anos (Galduróz et

al, 2000). Já para o uso de crack, o encontrado foi 0,4%. Ainda nesse levantamento domiciliar, as regiões sul e sudeste apresentaram a maior prevalência de consumo de cocaína na vida com 3,6% e 2,6% respectivamente.

De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas, que entrevistou 8.589 habitantes, envolvendo as 107 maiores cidades do país, foi encontrado nos entrevistados entre 16 e 65 anos uma prevalência de 2,3% de uso de cocaína e 0,4% de uso de crack (Carlini et al, 2002). No II Levantamento que entrevistou 7.939 habitantes, a prevalência de uso de cocaína na vida passou para 2,9% e de crack para 0,7% (Carlini et al, 2007), mostrando o aumento de consumo dessas drogas.

Com estudantes do ensino médio, o CEBRID realizou seis estudos (1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010) sendo os quatro primeiros com amostra aleatória de estudantes das 10 capitais do Brasil e o último com 27 capitais brasileiras. Em 2004, 2% dos estudantes pesquisados consumiram cocaína na vida e 0,7% crack. Sendo que a região sul foi a que apresentou maior consumo de cocaína e crack, em especial Porto Alegre com 2,6% e 2,3% respectivamente entre os meninos (Galduróz et al, 2004). Já em 2012, Nappo et al, relataram que não houveram grandes mudanças entre os dados encontrados em 2004 e 2010 entre os estudantes, sugerindo que a chamada “epidemia do crack” é mais um alarme da mídia do que uma constatação da realidade. Porém, este estudo envolve apenas estudantes ingressados na escola, enquanto os que se mantêm afastados ou não quiseram participar do estudo, não puderam ser contemplados.

O Levantamento Nacional do CEBRID sobre uso de drogas em crianças e adolescentes em situação de rua, realizado em 2002 nas 27 maiores capitais brasileiras, apontou que Rio de Janeiro com 45,2% e São Paulo com 31,0% apresentaram os maiores índices de consumo de cocaína aspirada (Noto et al, 2003). Os maiores índices de uso de crack foram em: São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória, com variação de 15% a 26%. Em São Paulo, o uso de crack misturado com maconha, “mesclado”, foi o mais consumido (Noto et al, 2003).

1.4 Riscos e Consequências associados ao uso de crack

Devido à fissura (vontade incontrolável de consumir) causada pelo crack e seu

uso compulsivo, diversos estudos apontam que o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) tem sido uma das consequências mais agravantes de seu consumo. Para obter a droga, os usuários acabam submetendo-se a roubos, furtos e relações sexuais sem proteção (Nappo et al, 2004; Falck, 2007; Chaves et al., 2011).

A vulnerabilidade dos usuários de crack também está associada aos efeitos causados pela droga, que são físicos e psicológicos, gerando distorção da realidade e perda da percepção de risco. Os efeitos mais descritos são os negativos, tais como: alucinação, delírio, fissura, depressão, arrependimento e sensação de perseguição que fazem com que diversos rituais repetidos sejam realizados, como verificar se estão sendo observados e até mesmo procurar pedaços da pedra que julgam ter deixado cair (Garcia & Nappo, 2008), o que confere às mãos dos usuários de crack uma aparência de pouca higiene. Os sintomas físicos desencadeados pelo uso são: contrações involuntárias da face e protrusão do globo ocular, denotando pânico entre os usuários. Outros fatores descritos foram viscerais, como flatulência, diarreia e vômitos, apresentados na simples lembrança do uso ou durante seu consumo (Oliveira & Nappo, 2008b). Outros efeitos, como reações tóxicas, problemas cardíacos, paralisia respiratória, disforia, agitação, psicose paranoide, delírio e alucinações estão presentes e se intensificam com o uso crônico de crack (Nappo et al, 2004).

A forma de consumo do crack em latas de alumínio, cachimbos caseiros feitos com materiais incandescentes (antenas de carro, TV, etc), abrem fissuras labiais que servem de porta de entrada para diversas doenças infecto contagiosas (Oliveira & Nappo 2008a), como as Hepatites Virais B e C e o próprio HIV, já que existe uso coletivo dos cachimbos com troca de sangue proveniente das fissuras (Fischer, 2007).

O aumento do uso da droga é relatado por Nappo et al, 1999, em sua pesquisa, mostrando a diferença do consumo em São Paulo de até dez pedras/dia em 1994 para até 25 pedras/dia em 1999. Ainda nessa pesquisa, as razões de uso mudam: em 1994 estavam associadas ao prazer; já em 1999 à compulsão e dependência. Quanto à associação com outras drogas, em 1994 houveram poucos relatos; já em 1999, a maconha e o álcool aparecem (Nappo et al., 1999; Oliveira & Nappo, 2008a). O crack fumado misturado com maconha recebe o nome de mesclado ou melado, já quando é misturado com cigarro é chamado de ciscado, capetinha ou pitilho. No cachimbo, o crack é pipado e se torna mais perigoso quando a borra, sobra da combustão, é reutilizada pelo usuário. Essa borra possui maior concentração de

cocaína que fica depositada no cachimbo após a sublimação da pedra, causando um efeito ainda mais intenso que o da pedra (Oliveira & Nappo, 2008a).

Ainda não foi possível estabelecer uma relação direta entre o HIV e o uso de crack, sem haver relação sexual envolvida (Domanico, 2006). Porém, em estudo de Ribeiro et al (2006) foi possível verificar que entre a causa *mortis* de usuários de crack, aparece tanto a infecção por HIV, como o homicídio, apontados como principais fatores.

Portanto, o uso de crack traz à tona problemas vinculados à violência, criminalidade e doenças sexualmente transmissíveis (Ribeiro et al, 2010).

Além disso, o uso crônico do crack deteriora o usuário cognitivamente, levando-o ao isolamento, sendo que os primeiros anos de uso são os mais conturbados e os de maior risco de morte (Laranjeira & Ribeiro, 2010).

Embora hoje Nappo et al (2012) sugira a não existência da chamada epidemia do crack no Brasil, alguns autores fizeram referências contrárias (Ribeiro et al, 2004, Ribeiro et al, 2006) e a preocupação de todas as esferas governamentais com relação ao crack foi tamanha, a ponto de ser lançado em 20 de maio de 2010 O *Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack*, através do decreto 7.179 (Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010).

1.5 Perfil dos usuários de crack

Estudos disponíveis no Brasil descreveram o perfil do usuário de crack como: homens, jovens, com baixa escolaridade, sem vínculo empregatício formal (Nappo, 1996). No ano de 2002, os achados foram similares, apontando que a maioria era homem, com baixa escolaridade, solteiro, desempregado ou vivia de “bicos” (Sanchez & Nappo, 2002; Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b). Esses estudos foram de natureza qualitativa.

Nos estudos quantitativos realizados pelo CEBRID, através do I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados em 107 e 108 maiores cidades do país respectivamente, a maioria dos usuários de crack encontrados foi de homens na faixa etária de 25 a 34 anos (Carlini et al, 2002 e Carlini et al, 2007).

Entre os anos de 1992 e 1999, Ribeiro et al, realizaram um estudo de 5 anos

de seguimento com 131 usuários de crack que eram atendidos no Hospital Geral de Taipas. As características desses usuários foram: maioria do sexo masculino, solteiro, com baixa escolaridade e idade entre 15 e 30 anos (Ribeiro et al., 2006).

Um estudo de coorte realizado em três etapas, com intervalo de dois (1995-1996), cinco (1998-1999) e doze (2005-2006) anos com 131 usuários de crack após alta de tratamento para desintoxicação do crack em um Hospital Geral da Zona Norte de São Paulo, obteve os seguintes dados através de levantamento de prontuários e entrevistas face a face com os pacientes internados de maio de 1992 até dezembro de 1994: 43% eram solteiros e 37% casados, média de 35 anos, 15% desempregados e 49,2% tinham apenas o ensino fundamental (Dias et al., 2011).

Em estudo realizado nos Estados Unidos com 430 usuários de crack, com 18 anos de idade ou mais, sem antecedentes criminais e uso de drogas injetáveis anteriormente, apontou que 60,7% dos entrevistados eram homens, 38,9% não tinham concluído o ensino médio e 24% tinham ensino superior. A idade média foi de 38,4 anos para os homens e 35,9 anos para as mulheres. O tempo médio de consumo do crack foi 7,6 anos (Falck, 2007).

Em um estudo multicêntrico transversal realizado na Europa abrangendo as cidades de Barcelona, Budapeste, Dublin, Hamburgo, Londres, Paris, Roma, Viena e Zurique foram levantados dados referentes ao uso de cocaína em pó, crack e outras substâncias nos últimos 30 dias, formas de administração da droga e tempo de uso da cocaína em pó e do crack em um total de 1855 usuários de cocaína e crack. Esses usuários foram divididos em três subgrupos formados por: 632 usuários em tratamento; 615 socialmente marginalizados e que se encontravam sem tratamento e 608 integrados socialmente, e sem tratamento. Foi encontrado maior uso de cocaína, heroína e múltiplas substâncias no grupo marginalizado, sendo que no grupo integrado socialmente, o uso de cocaína inalada foi maior do que nos outros grupos, nos quais o uso injetável foi maior. Considerando as diferenças dos locais estudados, 95% dos entrevistados consumiram nos últimos 30 dias mais de uma substância além da cocaína (Prinzleve et al., 2004).

No Canadá foi realizado um estudo de coorte com usuários de opióides que utilizavam crack e aqueles que não utilizavam nas cidades de Vancouver, Edmonton, Toronto, Montreal e Quebec. Fizeram parte da pesquisa 677 usuários de opióides que estavam sem tratamento no momento da entrevista, em 2002. Foram realizadas entrevistas com um instrumento de diagnóstico psiquiátrico (*Composite International*

Diagnostic Interview) e coletadas amostras de saliva para a realização de testes para doenças infectocontagiosas. Entre os usuários de crack foi encontrado que a maioria não possuía moradia fixa, tinha problemas legais e/ou fazia programas sexuais, indicação de problemas físicos e anticorpos para Hepatite C (Fischer et al., 2006).

Diante dos dados expostos é possível inferir que não há diferenças significativas entre os estudos realizados no Brasil e os estudos de outros países, no que se refere ao perfil predominante entre os usuários de crack. Em geral, se caracteriza por ser homem, jovem, poliusuário, baixo nível socioeconômico, marginalizado, envolvimento com a criminalidade e com piores índices de saúde do que os demais (Pulcherio et al, 2010). Porém, quanto ao nível de instrução e socioeconômico, é possível verificar no Brasil uma tendência à presença de uso de crack nos diversos níveis, apesar de ainda predominante entre aqueles com escolaridade e nível socioeconômico mais baixos (Laranjeira & Ribeiro, 2010).

Apesar de vários estudos realizados para traçar o perfil do usuário de crack, ainda não se chegou ao consenso do que pode ser utilizado como insumo de prevenção para minimizar as diversas doenças infectocontagiosas causadas pelo uso da droga, nem tampouco foi encontrado uma diretriz de saúde pública que pudesse resolver o problema do envolvimento com o crack.

Com o histórico que Santos possui no trabalho voltado aos usuários de drogas e pacientes soropositivos para HIV, por ser o município pólo da Baixada Santista e, por apresentar condições de implantar e implementar ações que servem de base para o Estado de São Paulo, esse estudo tem sua relevância. Se no passado houve a tentativa de instituir uma política pública voltada aos usuários de drogas injetáveis, nesse momento é preciso voltar esforços para a questão do usuário de crack.

1.6 Santos no contexto das drogas

Este estudo descreve os usuários de crack do município de Santos de forma inédita por traçar o perfil dessa população em uma cidade de grande importância nacional. Santos é uma cidade que tem uma rica história em sua trajetória, pois, está próxima à capital, São Paulo. Possui o maior porto da América Latina, centro de um corredor de transportes por via terrestre através dos caminhões que circulam diariamente em seu território vindos de diversos locais do país e das rotas do

Mercosul, recebe também navios de rotas nacionais e internacionais (Lacerda et al, 1996).

Além disso, teve um passado glamoroso na época do auge do café, século XIX, como seu maior exportador, e está próximo de um dos maiores pólos industriais da Região, a cidade de Cubatão, que foi construída pelas necessidades mercantis da época, em 1950. Essas situações trouxeram favorecimento à cidade Santos, no comércio, construção civil, transporte, casas bancárias e turismo. Trouxe também um grande contingente de trabalhadores vindos de outros países e estados para trabalhar nas lavouras de café na segunda metade do século XX, havendo 37.000 postos de trabalho diretos e indiretos na década de 70, como descrito por Brandão et al (2011).

Comparando o CENSO de 2010 ao de 2000, Santos diminuiu sua população, porém continua sendo o mais elevado da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) com 25,2%, mais de 417.000 habitantes (Morell et al, 2012).

O aparecimento regional de favelas teve seu início na década de 60, com invasões de territórios, loteamentos e locais inadequados como as encostas dos morros, denunciando a visível pobreza associada à maior risco e vulnerabilidade, ocorridos principalmente pelo deslocamento populacional, do Nordeste do país para a região (Morell et al, 2010). Estima-se que 19,8% dos moradores, residentes no município, se encontram em situação de risco, distribuídos em favelas, cortiços e população de rua (Morell et al, 2010).

Por ser uma cidade litorânea e turística, recebe pessoas vindas de diversos lugares e, pelo fato de possuir uma escoação terrestre e marítima intensa, tornou-se uma das inúmeras rotas de drogas em nosso país (Lacerda et al, 1996). Naquela época, Lacerda et al. (1996) relatou que haviam poucas evidências do crescente número de heterossexuais se infectando pelo HIV. O porto é um local de trabalhadores predominantemente do gênero masculino, é porta de entrada para drogas e tem circulação intensa de trabalhadores portuários e caminhoneiros que faziam sexo com as trabalhadoras do sexo que por ali circulavam. Naquele momento, Santos já era um dos centros do tráfico de cocaína, e já existiam grandes indícios relacionando seu consumo com a infecção por HIV (Lacerda et al., 1996). Santos apresentava a maior incidência de Aids do Brasil, incluindo diversos casos entre portuários (Lacerda et al., 1996). Dos 365 sujeitos que participaram da pesquisa, através de amostra randomizada, 92% eram bem informados sobre HIV/Aids, porém não usavam o preservativo de forma consistente com as parceiras fixas e eventuais.

Foram encontrados 4 portuários soropositivos para HIV e nenhum havia sido testado anteriormente. Desses, 3 tinham história de sexo com outros homens 3 tinham história de sexo com múltiplas parceiras (oito ao ano) e um negou sexo com homens ou uso de drogas injetáveis. Tais resultados geraram intervenções educativas em DST/HIV/Aids com portuários, caminhoneiros e trabalhadoras do sexo (Lacerda et al, 1996).

A relação da droga com a questão do HIV/Aids, no final da década de 80 e início da década de 90, no Estado de São Paulo, apontava que 42,5% de usuários de drogas injetáveis (UDI) estavam infectados com HIV e Santos era uma das cidades mais atingidas (Boletim Epidemiológico CRT-DST/Aids, 2009). Em função deste alto número de usuários de drogas injetáveis, no município de Santos foram realizadas diversas tentativas de instituir uma política pública voltada para os usuários de drogas através da Redução de Danos, uma política que em países da Europa já era instalada há décadas, surtindo grande efeito no decréscimo de infectados por Hepatites e depois por HIV (Ministério da Saúde, 2001).

Na década de 1980 Santos foi considerada a “Capital da Aids” (Morell et al, 2009), título que rendeu certo estigma ao município, sendo que em 1984 teve o primeiro caso de Aids vinculado ao uso de drogas injetáveis (Mesquita et al, 2001). Este cenário possibilitou que Santos se tornasse um dos municípios de maior investimento em saúde voltado para prevenção e assistência às DST/Aids, tanto que em 1996 foi o primeiro município a disponibilizar os antirretrovirais, chamados popularmente de coquetéis (Mesquita et al, 2001).

A dificuldade em se obter um entendimento tanto por parte da sociedade civil, bem como das instâncias legislativas do município, fez com que a Redução de Danos tivesse um longo caminho a ser percorrido até ser implantada em Santos (Ministério da Saúde, 2001). A primeira tentativa foi em 1989, mas o conservadorismo local associado à falta de entendimento técnico fez com que Santos passasse de pioneiro a um dos municípios com maior dificuldade em implantar as estratégias de Redução de Danos, devido a uma determinação do poder judiciário local (Ministério da Saúde, 2001).

Após diversos problemas com a promotoria da cidade, em 1998 pode-se finalmente implantar o Projeto Redução de Danos para Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) em sua íntegra (Mesquita, 2004), contando com o apoio da Lei Estadual nº 9.758 de 17 de setembro de 1997, que foi sancionada pelo decreto nº 42.927 de 13

de março de 1998, elaborada pelo deputado Paulo Teixeira.

Nessa época em Santos, assim como no município de São Paulo, o crack já havia tomado lugar da cocaína injetável (Nappo 1996), sendo a droga mais utilizada pelos usuários por apresentar um preço inferior, não estar diretamente relacionada com a infecção por HIV (Oliveira e Nappo, 2008a), por ser uma droga “pipada”, enquanto a via sanguínea é uma das maiores vias de acesso para o HIV (Ribeiro et al., 2006).

A nova realidade chamou a atenção para o fato de não existirem estratégias de redução de danos voltadas para esta população. Através desta percepção surgiu a idéia de formular um projeto que se conhecesse o perfil dos usuários de crack para posteriormente intervir junto a eles de forma mais adequada. O projeto sob coordenação da pesquisadora (mestranda) e intitulado: “*Redução de Danos para Crack*” foi aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 e assim, foi estabelecida uma parceria entre a Secretaria de Políticas da Saúde, do Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Santos, através do Termo de Cooperação nº 602/99, com interveniência do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas – UNDCP.

Esse projeto que mesclou pesquisa e intervenção em campo teve início em 2000 e término em 2002. Foram entrevistados 109 usuários de crack em dois momentos, 49 responderam ao questionário na primeira fase e 60, na segunda. Alguns dados relevantes foram encontrados em seus resultados, descritos no Relatório Final do Projeto, entregue ao Ministério da Saúde (Villarinho, 2001). Entre esses, pode-se destacar: a maioria tinha ensino fundamental incompleto (69,7%) e apenas 1,8% chegou ao nível superior incompleto; 62,4% faziam bicos para sobreviver e 35,8% estavam desempregados. Dos que faziam “bicos”, 43,1% se diziam trabalhadores do sexo. A moradia para 29,4% dos entrevistados era a rua e apenas 3,7% moravam em sua própria casa.

Na análise qualitativa do referido projeto, na qual os sujeitos puderam falar mais sobre sua história de uso de crack, foi observado através da análise de discurso (Minayo et al, 1997) que 93% queriam parar de usar crack; apenas 2 entrevistados usavam a droga há menos de um ano e a maioria a usava entre 4 e 8 anos; e o uso compartilhado do cachimbo foi uma prática bastante difundida, 79,8% relataram que compartilhavam sempre. Além disto, as drogas mais consumidas junto com o crack foram: cigarro (90%), álcool (48%) e maconha (37%). A maioria referiu que o tipo de

relação estabelecido com as parceiras sexuais foi o de ordem casual (63,5%). A curiosidade apareceu como um fator desencadeante do consumo desta substância (Villarinho, 2001).

Santos tem um histórico de estudos que aponta a presença dos usuários de crack em diversas atividades, tais como: Mesquita, (2001); Villarinho et al, (2002); Silva et al, (2007).

No estudo realizado com 457 usuários de droga injetável em Santos por Mesquita et al. (2001), em 3 ondas nos anos de 1991-92 (N= 214), 1994-96 (N= 135) e 1999 (N= 108), foi aplicado um questionário com questões sócio-demográficas, uso de drogas, práticas sexuais, comportamento e conhecimento em HIV/Aids, além de realização de teste HIV. Como resultado foi encontrado o uso de crack na primeira onda em 42% da amostra, seguida de 62% na segunda onda e 65% na terceira onda, mostrando o crescimento do uso da droga e substituição da droga injetável pelo crack devido ao receio de infecção pelo HIV (Mesquita et al, 2001).

Em estudo transversal realizado com caminhoneiros que circulavam no porto de Santos, chamados de rota curta e recrutados pela amostragem do tipo “bola de neve”, dos 279 entrevistados 1,5% referiu uso de crack (Villarinho et al., 2002).

Nos anos de 1995 a 1998, um estudo transversal envolvendo 1047 trabalhadoras do sexo do município de Santos, a prevalência encontrada de infectadas para HIV que faziam uso de crack foi de 17,2% (Silva et al., 2007).

Pode-se então notar que o histórico da cidade de Santos em relação ao uso de drogas, HIV e estratégias de Redução de Danos é longo. No entanto, ainda encontra-se longe de ser solucionado. O presente estudo pretende contribuir nessa relação a partir da descrição do perfil dos usuários de crack do município.

Por Santos ser uma cidade com grande circulação de pessoas vindas de diversos locais do país e do mundo, ter uma história epidemiológica relacionando o uso de drogas com o alto índice de soro positividade para HIV/Aids e o crack como uma das drogas emergentes mais consumidas se fez necessário realizar esse estudo. Traçar o perfil desses usuários no município traz a esperança de auxílio no combate às infecções das DST/Aids, além de oferecer um panorama da situação atual para que novas propostas de intervenções com base na realidade apresentada possam de fato mudar o cenário da cidade.

Considerando a importância da problemática relacionada ao uso de crack para a saúde e segurança públicas, o reconhecimento de quem são seus usuários e quais

suas necessidades, bem como devem ser acessados e orientados para a realização da reintegração social dos mesmos, foi gerada demanda de pesquisa nessa área. Por serem poucos os estudos de natureza quantitativa no Brasil com essa população, surgiu a motivação para este estudo, que objetiva caracterizar o perfil dos usuários de crack do município de Santos. A criação dessa identidade possibilitará que sejam traçadas medidas socioeducativas e de saúde reais e condizentes com suas necessidades, uma vez que ainda está em construção um modelo de atendimento e tratamento adequado a essa população de indivíduos marginalizados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Explorar a descrição do perfil dos usuários de crack no município de Santos.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os aspectos socioeconômicos e demográficos de usuários de crack da cidade de Santos;
- Descrever a história de uso de substâncias psicoativas;
- Avaliar na população estudada a gravidade de problemas associados ao uso de crack, tais como: doenças, relacionamento familiar e social, trabalho, aspectos legais e problemas psiquiátricos.

3. MÉTODO

De acordo com os propósitos e características da investigação, foi delineado um estudo transversal com metodologia de natureza quantitativa, descritiva, do tipo exploratória.

3.1. Sujeitos

A amostragem foi intencional e composta por meio da técnica bola de neve (Biernacki & Waldorf, 1981), técnica muito utilizada para localizar determinadas populações específicas que são de difícil acesso. Sendo assim, foram localizados alguns informantes-chave os quais facilitaram o acesso e contato com usuários a serem entrevistados (Baptista, 2002). A participação dos usuários de crack foi sempre voluntária após convite nos locais onde se encontravam.

A presente pesquisa foi composta por 292 usuários ou ex-usuários em tratamento para crack de ambos os gêneros, que consumiam a droga no município de Santos, Estado de São Paulo.

Foram entrevistados usuários que estavam nos seguintes locais: 1) em tratamento no SENAT/NAPS (Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente e Núcleo de Atenção Psicossocial), 2) em Organizações não Governamentais (ONGs) participando de atividades oferecidas, 3) na rua que recebiam algum tipo de intervenção ou sem qualquer intervenção. Os informantes-chave foram compostos por profissionais de saúde que atendiam a demanda de usuários de drogas, usuários e ex-usuários de crack, que apresentavam as entrevistadoras e as credenciavam para aplicação do questionário.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados usuários de crack de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, que estivessem consumindo o crack no município de Santos, ou que estivessem em abstinência da droga por pelo menos seis meses, mas ainda em tratamento no município. Considerou-se usuário de crack, aqueles sujeitos que tivessem consumido a droga ao menos 25 vezes na vida, evitando a inclusão de iniciantes (Siegel, 1985).

Foram excluídos da amostra os usuários que estavam no momento da entrevista sob efeito da droga ou com sintomas de abstinência da droga que

impediam a realização da mesma.

3.2. Instrumento

3.2.1 ASI

A versão do Addiction Severity Index utilizada foi a traduzida para o português por Andrade et al (1988), publicada por Formigoni e Castel (1999).

O ASI é uma entrevista semiestruturada com bons índices de validade e confiabilidade (Kosten et al., 1983), fornece além de dados socioeconômicos e demográficos, nível de problemas e necessidade de tratamento associados ao uso de substâncias psicoativas, avaliando sete áreas: condição médica, situação ocupacional, uso de álcool e outras drogas, situação legal, problemas psiquiátricos, familiares e sociais (anexo 1). Para cálculo dos escores foram consideradas as instruções do manual do instrumento. Após realizar cada seção da entrevista (com exceção da seção de história familiar), foi calculado um escore de gravidade com base no julgamento do entrevistador e da auto-avaliação do entrevistado. Esses escores indicam se existem problemas na área avaliada e, se tais problemas são graves o suficiente para justificar a necessidade de atenção e tratamento. Um escore alto indica que o problema é suficientemente grave para justificar indicação de tratamento. O escore apresentado neste estudo foi baseado nos escores dados pelo entrevistador.

Calculou-se um índice de gravidade para cada área, resultante das avaliações do próprio paciente e do profissional que aplicou o instrumento.

O tempo médio de aplicação do instrumento adaptado, ASI com questões específicas sobre crack (anexo 2) foi de 30 minutos, variando para mais ou menos de acordo com a fluência e entendimento das perguntas pelo entrevistado.

3.2.2 Diário de Campo

Como parte do trabalho realizado na coleta de dados, todos os entrevistadores

(pesquisadora, preceptoras e alunos da graduação da UNIFESP), fizeram um diário de campo com caráter qualitativo, através da observação assistemática de modo a complementar o questionário quantitativo, descrevendo o que ocorria no campo e lhes chamava a atenção para melhor compreensão dos usuários de crack (Gil, 2008). Os dados presentes no diário de campo foram utilizados para auxiliar a avaliação dos índices de gravidades das subescalas da ASI.

3.3. Estudo Piloto

Com o objetivo de adaptar o instrumento à população estudada, foi realizado um estudo piloto, com a inserção de questões específicas sobre o uso de crack que não existiam na ASI original, bem como verificar o tempo de aplicação do instrumento.

Foram realizadas 20 entrevistas aleatórias com usuários de crack, que frequentavam o serviço de tratamento e as ONGs a fim de verificar o entendimento desses usuários em relação às questões referentes especificamente ao uso de crack inseridas no instrumento e adequação das mesmas.

Considerou-se que através da descrição das variáveis selecionadas, os principais dados de perfil dos usuários de crack do município de Santos estariam contemplados. Para tanto, esse estudo selecionou as seguintes variáveis presentes nas subescalas da ASI, já adaptada, para serem descritas:

- Dados socioeconômicos e demográficos: sexo, idade, raça, moradia, preferência religiosa, ambiente controlado nos últimos 30 dias;
- Estado Físico: medicação prescrita de forma regular, incapacidade física;
- Estado Profissional e Sustento: educação completada, tempo de trabalho, padrão de trabalho nos últimos 3 anos, renda ilegal;
- Uso de Drogas/Álcool: idade de início do uso de drogas, primeira droga consumida, forma de obtenção da primeira droga, drogas que consumiu na vida, principal substância consumida, quantidade de pedras de crack dia/semana, preço por pedra, motivo do primeiro uso de crack, importância dada ao tratamento para uso de drogas;
- Estado Legal: quantas vezes já foi preso/acusado, se já esteve preso, envolvimento atual com atividades ilegais;
- Relações familiares: estado civil, situação de moradia atual, tempo nessa

situação de moradia, com quem passa o tempo livre, quantidade de amigos íntimos, sentimento em relação a problemas familiares e sociais;

- Estado Psiquiátrico: pensão por incapacidade psiquiátrica, problemas psicológicos apresentados na vida e nos últimos 30 dias.

3.4. Procedimentos para a coleta de dados

Esta pesquisa compõe a análise de uma parte de um estudo maior, Projeto: PET Saúde Mental – Crack, Álcool e outras Drogas (PET- Saúde/Saúde Mental/Crack), no qual fizeram parte um grupo formado por 12 alunos da graduação de Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP Baixada, sendo constituído por estudantes de psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional; uma supervisora de campo, 3 preceptoras que faziam parte de Secretaria Municipal de Saúde de Santos, além da pesquisadora e da orientadora.

Para iniciar as entrevistas com os usuários de crack foram utilizadas várias estratégias distintas. Os informantes-chave foram fundamentais para o mapeamento dos locais públicos de consumo de crack.

Todos os locais foram visitados previamente, sendo verificada a existência de usuários de crack. A pesquisadora explicou o projeto de pesquisa, a que se destinava e sua importância, esclarecendo dúvidas e combinando de acordo com cada responsável pela instituição o melhor horário e o local mais adequado para aplicação do questionário (salas desocupadas, etc). Houve a preocupação de não atrapalhar o andamento das atividades realizadas nas instituições, ou a participação dos usuários em seus compromissos com as mesmas. Depois desse contato inicial da pesquisadora, as entrevistadoras foram credenciadas para aplicar os questionários em todos os locais.

As entrevistadoras receberam orientações sobre como atuar em campo, de forma que as mesmas fossem “protegidas” ao máximo diante das situações que se apresentassem como: não carregar objetos de valor, não utilizar roupas que chamassem atenção, não deixar celular à vista e ter atenção constante. As entrevistadoras receberam também treinamento específico a respeito do uso do instrumento (ASI) e realização das entrevistas. Todos os dados foram supervisionados em reuniões semanais com toda a equipe do PET-Saúde Mental/álcool/Drogas/Crack

e a pesquisadora com o objetivo de tirar dúvidas e auxiliar na melhor forma de abordagem para cada local considerado adequado aos propósitos do Projeto.

As entrevistas foram realizadas em duplas até que as entrevistadoras se sentissem seguras para atuar sozinhas. Os erros e acertos trazidos nos questionários e diários de campo eram discutidos no grupo com todas as alunas, pesquisadora, orientadora, supervisora de campo e preceptoras. Estes diários mostraram a riqueza real do trabalho realizado e as informações foram indispensáveis para fundamentar a avaliação dos escores de gravidade das subescalas da ASI, uma vez que a pesquisadora realizava a revisão e o escore de gravidade, mas não aplicou todos os questionários. Dessa forma muitas dúvidas sobre o escore foram sanadas por meio das informações trazidas nos diários a respeito dos sujeitos participantes da pesquisa.

3.5. Contextualização dos campos

Os serviços que serviram de apoio para a coleta de dados foram: 1) SENAT – Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente - que é um equipamento da Secretaria Municipal de Saúde de Santos que serve de referência municipal para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas; 2) ONG Prato de Sopa, localizada no centro de cidade de Santos, instituição criada inicialmente com o propósito de oferecer um prato de sopa aos moradores de rua. Hoje, ampliou sua ação e diariamente oferece atividades que incentivam o lazer e a reinserção social, através de oficinas; 3) Operação Vida, que é uma ONG de cunho religioso, pertence à igreja evangélica Cristo é a Resposta e se propõe a tratar os usuários de substâncias psicoativas a partir do enfoque religioso; 4) Seção de Prevenção às DST/Aids da Secretaria Municipal de Santos, através de agentes redutores de danos que tinham contato direto com os usuários de crack que faziam o consumo desta substância na rua.

Em cada instituição foi oferecido algum tipo de incentivo aos usuários frequentadores e/ou a equipe do local, o principal foi que o resultado final da pesquisa seria apresentado a todos. Na ONG Prato de Sopa e no SENAT foram realizadas oficinas de sexo mais seguro com os frequentadores das instituições, nas quais foram abordados os temas: transmissão e prevenção das DST/Aids e uso de preservativo masculino e feminino, com utilização de dinâmicas e aula expositiva. O tema

escolhido era demandado pelos frequentadores da ONG e do serviço da secretaria municipal de saúde de Santos e que não comprometia os dados que seriam colhidos na pesquisa. Após as oficinas, os usuários de crack presentes foram convidados a participar da pesquisa, o que facilitou o acesso aos mesmos, pois já haviam tido um primeiro contato com a pesquisadora.

Como até um determinado momento, as entrevistas haviam sido respondidas por um grande número de homens, pois eram mais facilmente encontrados, foi estabelecida parceria com o projeto de intervenção para trabalhadoras do sexo da Coordenação de DST/AIDS do município de Santos para que se encontrassem as mulheres. As agentes de saúde pertencentes à essa coordenadoria tinham conhecimento sobre o funcionamento dos locais de trabalho dessa população. No entanto, essa parceria foi pouco efetiva devido à resistência da maioria das agentes em colaborar com o estudo.

3.6. Análise dos dados

Os dados oriundos do instrumento quantitativo foram analisados através de análises descritivas (média, desvio padrão e frequência). A análise dos dados dos diários de campo foram lidos cuidadosamente com o objetivo de auxiliar na avaliação dos escores de gravidade das subescalas da ASI.

3.7. Questões Éticas

Todos os participantes da pesquisa receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido pelo entrevistador e, após a leitura, o mesmo foi assinado pelo usuário em duas vias. Uma ficou com o entrevistador e a outra com o entrevistado. No termo de consentimento havia o nome da pesquisa, todos os dados referentes ao que o estudo pretendia, nome da pesquisadora, da universidade promotora do estudo com endereço e contato telefônico, caso o entrevistado quisesse tirar alguma dúvida (anexo 3).

As entrevistas foram realizadas em diversos locais que garantiram o sigilo das

informações coletadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer CEP 1587/10; anexo 4).

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 292 sujeitos entre usuários e ex-usuários de crack no município de Santos, São Paulo. A seguir serão apresentadas tabelas e gráfico com os dados coletados divididos de acordo com as diversas variáveis escolhidas para descrever a população alvo.

A tabela 1 apresenta os dados sócioeconômicos e demográficos referentes a esses usuários. Houve predominância do gênero masculino, raça parda, estado civil solteiro, com idade média de 35 anos, sendo a menor idade referida foi 18 anos e a máxima de 60.

Quanto à situação de moradia nos últimos 3 anos, a rua foi citada pela maioria dos usuários (48,6%). A média de tempo em que se encontravam nesta situação de moradia foi de aproximadamente 5 anos.

Quanto à escolaridade, o tempo médio de estudo foi de aproximadamente 8 anos.

O padrão de trabalho habitual referente aos últimos três anos revelou que 43,1% dos entrevistados estavam desempregados. Dos que se encontram desempregados, 39,6% (dado não presente na tabela) referiram que realizavam “bicos”.

Com relação à fonte de renda no último mês, depois do ganho informal (bicos - 32,5%), o ganho ilegal foi o mais relatado (20,4%). Quanto ao vínculo de trabalho, a média de permanência foi de aproximadamente 4 anos e, nos últimos 30 dias, o número de dias trabalhados foi de aproximadamente 10.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e econômicas dos usuários de crack no município de Santos.

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Gênero		
Masculino	247	84,6
Feminino	45	15,4
Raça		
Parda	123	42,3
Branca	120	41,2
Negra	48	16,5
Estado civil		
Solteiro	144	49,3
Separado	81	27,7
Casado	57	19,5
Situação de moradia habitual (últimos 3 anos)		
Rua	139	48,6
Com família ou companheiro	82	28,7
Sozinho	49	17,1
Com amigos	14	4,9
Padrão de trabalho habitual (últimos 3 anos)		
Desemprego	125	43,1
Trabalho Formal	113	39
Meio período (irregulares)	33	11,4
Aposentado/incapacitado	15	5,2
Fonte de renda no último mês		
Bicos	95	32,5
Illegal	60	20,4
Emprego	49	16,8
Não respondeu a fonte	47	16,1
Pensões e benefícios	22	7,5
Companheiro/família	14	4,7
Outros	4	5,9
Idade		
Média (desvio-padrão)	34,8 (9,3)	
Anos completos de estudo		
Média (desvio-padrão)	7,84 (3,56)	
Quanto tempo está vivendo nessa condição de moradia (anos)		
Média (desvio-padrão)	5,32 (7,7)	
Quanto tempo durou o trabalho no qual você ficou mais tempo (anos)		
Média (desvio-padrão)	4,44 (4,71)	
Quantos dias foi pago para trabalhar nos últimos 30 dias		
Média (desvio-padrão)	9,84 (11,86)	

A tabela 2 mostra a história de tratamento dos usuários e ex-usuários de crack do município de Santos, bem como a questão de permanência em ambiente controlado nos últimos 30 dias. A grande maioria (83,8%) não esteve sob qualquer confinamento e 13,7% esteve confinado em diferentes situações.

A maioria dos usuários referiu que precisa de tratamento clínico (81,7%), sendo que 22,7% estão medicados de forma regular. Quanto à incapacidade física, 4,8% estão recebendo pensão e 81,7% referiram que precisam de tratamento clínico, sendo que destes, 42% sentem muita necessidade.

Quanto ao recebimento de prescrição médica para medicação psiquiátrica, a maioria dos participantes não recebeu essa intervenção nos últimos 30 dias (86,3%) e, tampouco, ao longo da vida (72,2%). Além disto, a maioria nunca recebeu tratamento psicológico (65,8%) e apenas 3,8% recebiam pensão por incapacidade psiquiátrica (dado não presente na tabela).

Com relação à presença de sintomas de problemas emocionais, os que apresentaram maior frequência na vida foram depressão (60,5%), ansiedade (68,0%) e pensamento suicida (55,3%).

Os sintomas que se apresentaram presentes na vida e nos últimos 30 dias com maior frequência foram os problemas de concentração e memória, com 46,3% e 51,5% respectivamente.

Tabela 2 – História de tratamento dos usuários de crack do município de Santos na vida e nos últimos 30 dias.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Você esteve em ambiente controlado (internado) nos últimos 30 dias		
Não	244	83,8
Cadeia/Prisão	7	2,4
Tratamento Médico, droga/álcool ou psiquiátrico	33	11,3
Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular por problema de saúde		
Não	225	77,3
Sim	66	22,7
Recebeu tratamento psicológico		
Não	192	65,8
Sim	100	34,2
Recebeu prescrição psicofarmacológica - 30 dias		
Não	251	86,3
Sim	40	13,7
Recebeu prescrição psicofarmacológica – vida		
Não	210	72,2
Sim	81	27,8
Sintomas (Sim)		
Depressão grave - 30 dias	112	38,5
Depressão grave – vida	176	60,5
Ansiedade ou tensão grave - 30 dias	170	58,4
Ansiedade ou tensão grave – vida	198	68
Alucinações - 30dias	42	14,4
Alucinações – vida	79	27,1
Problemas de compreensão, concentração e memória - 30 dias	135	46,3
Problemas de compreensão, concentração e memória - vida	150	51,5
Comportamento violento - 30 dias	65	22,3
Comportamento violento – vida	122	41,9
Pensamento sério sobre suicídio - 30 dias	69	23,7
Pensamento sério sobre suicídio – vida	161	55,3
Tentativa de suicídio - 30 dias	22	7,6
Tentativa de suicídio – vida	98	33,7

A tabela 3 refere-se à história de uso de drogas. Em relação à forma de obtenção da primeira droga consumida na vida, 63,4% referiram tê-la ganho. O motivo desse primeiro uso foi curiosidade para a maioria dos entrevistados (60,6%).

No que se refere ao uso de drogas, é possível verificar através da tabela 3 quais drogas foram consumidas pelos usuários em associação com crack. Do total, 15,8% referiram que consumiam apenas crack, os demais consumiam o crack associado a outras drogas, principalmente álcool maconha e cocaína.

O álcool apareceu como a droga que compôs mais combinações, sendo que a combinação que representou maior número de adeptos foi composta por álcool, cocaína e maconha (16%).

A tabela 3 mostra ainda que a maioria dos usuários de crack do município de Santos fazia uso desta substância na forma “pipada” (73,2%). Sendo que a quantidade descrita nos questionários variou de 2 a 150 pedras/dia (dado não presente na tabela).

O crack apareceu como a principal droga consumida para 77,6% dos entrevistados e seu valor variou entre R\$ 5,00 e R\$ 10,00 no município de Santos.

Tabela 3 – História de uso de drogas dos usuários de crack do município de Santos.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Como você conseguiu a droga (1ª)		
Alguém deu	185	63,4
Comprou	68	23,3
Outros	39	13,3
Qual motivo fez você usar a primeira droga		
Curiosidade	177	60,6
Influência de amigos ou parceria sexual	73	25
Para ser aceito em um grupo	6	2,1
Perdas familiares, separações, problemas emocionais	36	12,3
Crack (início de uso por faixa etária)		
Até 12 anos	17	5,8
13 a 18 anos	91	31,6
19 a 29 anos	121	42,1
30 a 39 anos	43	14,9
40 anos ou mais	16	5,4
Forma de uso do crack		
Pipado	210	73,2
Fumado	77	26,8
Drogas associadas ao crack		
Nenhuma droga	46	15,8
Álcool	41	14,0
Maconha	22	7,5
Cocaína	8	2,7
Sedativos	2	0,7
Álcool + Maconha	32	10,9
Álcool + Cocaína	23	7,9
Álcool + Cocaína + Maconha	47	16,0
Cocaína + Maconha	14	4,8
Outras combinações diversas de drogas	36	9,1
O crack é sua principal substância		
Não	65	22,4
Sim	225	77,6

Tabela 4 – Idade média, idade mínima e a máxima de início de consumo de drogas, dos usuários de crack no município de Santos.

Droga	N	Média	Idade de início	
			Mínimo	Máximo
Álcool (qualquer uso)	243	14,9	5	42
Álcool (intoxicação)	144	15,3	5	42
Maconha	282	15,58	6	56
Inalantes	137	16,89	7	46
Alucinógenos	45	18,28	12	34
Cocaína	273	18,42	7	48
Heroína	29	19,75	8	37
Ecstasy	64	22,71	14	41
Crack	292	23,21	8	59

A tabela 4 mostra que a maconha aparece como a droga ilícita que foi consumida mais precocemente.

A menor idade para início de consumo de crack foi de 8 e a máxima de 59 anos. Apenas 4 sujeitos não relataram a idade de início do uso de crack.

A idade mínima de consumo da primeira droga se concentrou na infância e adolescência. No entanto, foram encontrados usuários que iniciaram o uso de crack na fase adulta. As drogas que apresentaram maior frequência de consumo pelos usuários de crack no decorrer da vida foram: crack, álcool, maconha, e cocaína.

Tabela 5 – Características psicossociais e familiares dos usuários de crack do município de Santos.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Com quem passa a maior parte do tempo livre		
Família	50	17,4
Amigos	43	14,9
Sozinho	155	53,8
Outros usuários de crack	40	13,9
Quantos amigos íntimos possui		
Zero	159	54,6
Um a dois	78	30,2
Três ou mais	44	15,1
Cometeu algum crime		
Não	81	27,7
Sim	211	72,3
Ficou preso na vida		
Não	114	43,5
Sim	148	56,5

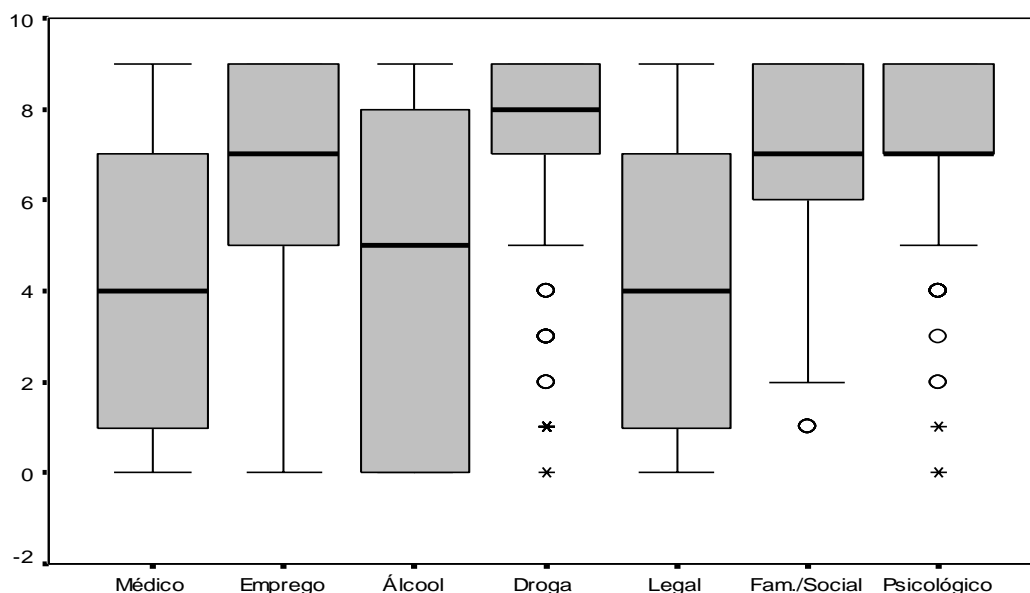
A tabela 5 apresenta as características psicossociais e familiares dos usuários de crack de Santos.

Com relação ao tempo livre, 53,8% ficavam sozinhos, 13,9% ficavam com outros usuários de crack, 17,4% passavam a maior parte do tempo com a família e 14,9% com amigos. A maioria dos entrevistados referiu não ter vínculo de amizade (54,6%). Quando perguntado sobre a percepção que possuem sobre os problemas familiares e sociais (dado não presente na tabela), numa escala que variou de zero (nada) a 4 (demais), a maioria dos usuários de crack referiu não se sentir nada incomodado com problemas familiares (78,3%) ou problemas sociais (55,2%).

Em relação à situação legal, a maioria já cometeu algum crime (72,3%) e mais da metade dos entrevistados já esteve preso (56,5%).

Apesar de não estarem contidos na tabela, os dados levantados mostraram que 95,4% não mencionaram detenção nos últimos 30 dias, mas 19,7% estiveram envolvidos em atividades ilegais visando lucro e 25% estiveram envolvidos em atividades ilegais visando à compra da droga.

Gráfico 1 – Índice de gravidade nas subescalas do ASI dos usuários de crack de Santos



Com base nos escores de gravidade realizados em cada um dos eixos avaliados no ASI, foi traçado um perfil de gravidade dos usuários de crack, conforme o Gráfico 1.

De acordo com o Gráfico, a gravidade apresentada em todas as subescalas para os usuários de crack de Santos foi alta. As subescalas apresentaram as seguintes médias: médico 4,03 ($dp=\pm 3,13$), emprego 6,18 ($dp=\pm 2,65$), álcool 4,62 ($dp=\pm 3,59$), droga 7,37 ($dp=\pm 1,97$), legal 4,44 ($dp=\pm 3,26$), familiar/social 7,05 ($dp=\pm 2,12$) e psicológico 7,31 ($dp=\pm 1,69$). As subescalas emprego, droga, familiar/social e psicológico apresentaram os escores mais altos, dentro da escala de 0 a 9 pontos.

5. DISCUSSÃO

Esse estudo se destaca dos demais já realizados no Brasil que descreveram o perfil de usuários de crack, mais especificamente no município de Santos, por incluir usuários que frequentavam distintos locais e que se encontravam em momentos diferentes em relação ao consumo dessa substância, de forma que se pudesse apreender a diversidade desse grupo. Portanto, o estudo avaliou um universo de usuários que ficavam tanto na rua, como em locais de apoio, seja para tratamento ou simplesmente um abrigo temporário, contemplando cenários múltiplos em um mesmo estudo. Acredita-se que a contribuição do presente estudo na detecção do perfil dos usuários de crack em diversos cenários ampliou a compreensão das características e necessidades dessa população, pois a maioria dos estudos nacionais anteriores que traçaram o perfil de usuários de crack foram realizados em um único cenário, como hospitais ou ambulatorios de tratamento especializado (Ferreira Filho et al, 2003; Ribeiro et al, 2006; Dias et al, 2008), ou em domicílio (Galduróz et al, 2000; Carlini et al, 2006) ou situação de rua (Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Chaves et al, 2011). Portanto, esse estudo é original e difere dos demais anteriormente realizados, considerando também que o número de entrevistados é significativo.

A maioria dos 292 usuários de crack entrevistados possuía as seguintes características: homens, pardos, solteiros, moradores de rua, com média de 35 anos e 8 anos de escolaridade, desempregados e que se sustentavam por meio de bicos. Comparando os dados desse estudo relativos à escolaridade (média de 8 anos de estudo) com os dados do IBGE (2009) do município de Santos, nota-se que dos estudantes matriculados 14,9% eram da pré-escola, 64,6% eram do ensino fundamental e 20,6% eram do ensino médio. Ou seja, os usuários de crack deste estudo encontraram-se desde analfabetos até os de nível superior, porém a média de tempo estudado se aproxima com os dados da população geral que se matricula no ensino fundamental. É importante ressaltar que estar matriculado não significa conseguir concluir o estudo.

A maior frequência de homens do que a de mulheres, já foi relatada em outros estudos dessa natureza nos Estados Unidos (Falck, 2007) e no Brasil (Carlini et al., 2002; Ferreira Filho et al, 2003; Carlini et al., 2007). No estudo realizado pelo CEBRID (Carlini et al., 2007) em uma amostra de 430 usuários de crack, 60,7% eram homens. No estudo de Ferreira Filho et al (2003) apenas 18 mulheres foram entrevistadas em

uma amostra de 440 usuários que estavam hospitalizados em cinco hospitais diferentes da grande São Paulo.

No estudo de Nappo et al (2004) foi relatado pelos homens entrevistados que havia uso de crack entre as mulheres. Porém, essa questão só se tornou objeto de estudo devido às DST/Aids adquiridas pelo não uso de preservativo nas relações sexuais para obtenção da droga. Em estudo mais recente de Costa et al (2012), 85 mulheres grávidas usuárias de crack que estavam internadas para desintoxicação em uma unidade psiquiátrica hospitalar apresentaram comportamentos vinculados à ilegalidade, sendo que 27,7% já haviam sido detidas. No entanto, a troca de sexo por dinheiro ou crack foi referida por 44,7%, corroborando com os dados relatados em estudos mais antigos.

Somando-se a essa maior frequência de uso de crack na população masculina, foi observado que a circulação de homens era visivelmente maior nos locais onde as entrevistas foram realizadas nesse estudo, sugerindo que além dos homens consumirem o crack em maior frequência do que as mulheres, eles também provavelmente se expõem mais para buscar a droga do que as mulheres. No entanto, para contribuir ainda mais para esse fenômeno, Santos sempre manteve um maior número de mulheres do que homens nos levantamentos realizados pelo CENSO (2000 e 2010). No ano de 2000, a razão foi de 86 homens para 100 mulheres e, em 2010, baixou ainda mais, passando a ser a menor razão do país, com 84,4 homens para cada 100 mulheres, havendo diminuição em números absolutos de 1.310 homens para 2.727 mulheres (Morell et al, 2010).

Santos é reconhecida como a “capital” feminina do Brasil, segundo CENSO 2010, sendo assim esse dado sugere haver questões de gênero envolvidas no consumo da substância, assim como na busca pela mesma, ou seja, as mulheres usuárias de crack parecem conseguir a droga a partir do companheiro ou ainda outros homens, e que essa parece ser uma maneira delas não se exporem a maiores riscos nos locais de venda de drogas ou mesmo pela obtenção do crack através da troca pelo sexo, como tem sido apontado pela literatura (Ribeiro et al., 2010; Nappo et al., 2004).

Em relação à raça, pardos e brancos aparecem de forma similar na amostra, sendo que os negros são os que aparecem em menor quantidade. No estudo de Ferreira Filho et al (2003), realizado no Brasil, em 6 hospitais psiquiátricos da rede pública e privada da Grande São Paulo, com 440 usuários de crack e cocaína, houve

maior número de brancos do que não brancos. Por outro lado, no estudo de Falck et al. (2007), realizado com seguimento de 3 anos com 430 usuários de crack que se encontravam na rua nos Estados Unidos e foram acessados por redutores de danos, foram encontrados 61,6% de afrodescendentes. No entanto, os autores justificam essa maior proporção de negros do que de brancos devido a maior concentração de negros em Dayton, Ohio. Provavelmente, o quesito raça/cor tem sua variância de acordo com as características da região do estudo.

A faixa etária predominante encontrada neste estudo para início de uso do crack foi de 19 a 29 anos, sendo que a idade média foi de 23,1 anos, chamando atenção para o início do consumo dessa substância já na vida adulta. É importante atentar para o fato de que apesar da média de idade de início de consumo de crack ser no início da idade adulta, um novo público com idade superior tem iniciado o seu consumo, em especial próximo aos 40 anos, o que sugere que estudos devem investigar melhor a razão desse início tardio.

Apesar de metodologias e delineamentos diferentes, estudos realizados no Brasil até o final da década de 90, encontraram idade média de 23,6 anos (Ribeiro et al, 2006; Nappo et al, 1996) e os mais atuais (Dias et al., 2011), a idade média está similar à encontrada no presente estudo, 35 anos. A mudança na faixa etária pode estar relacionada com o fato da entrada do crack no Brasil ter ocorrido no fim da década de 90, sendo assim aqueles que mantiveram o uso até hoje encontram-se 20 anos mais velhos. Naquele momento não havia cocaína em pó disponível, por estratégias dos traficantes, e o crack apareceu como a única opção, por ser derivado da cocaína, apresentar baixo custo e oferecer um “barato” intenso (Nappo et al, 2004). Outro dado que foi encontrado no presente estudo é que tem havido início de uso de crack com idade mais alta, o que não ocorria na década de 90, como no estudo de Nappo et al (1996) quando 60% dos entrevistado, apresentaram idade inferior a 25 anos quando fizeram o primeiro uso de crack.

O fato do crack se mostrar atraente para diversas faixas etárias, com idade de início de consumo de crack variando entre 8 e 59 anos, aponta para a necessidade de se pensar em ações de prevenção distintas para abranger os diferentes grupos etários.

O fato dos usuários de crack entrevistados serem em sua maioria solteiros e moradores de rua não é diferente dos dados encontrados no estudo de Ferreira Filho et al (2003) realizado na Grande São Paulo em 6 hospitais públicos com 440 usuários

de crack e cocaína internados em decorrência de problemas relacionados com o consumo de cocaína inalada ou crack. Os autores encontraram que a maioria dos usuários hospitalizados era da grande São Paulo (67%), sendo que 76,6% tinham primário ou ginásio incompletos, 74,9% estavam desempregados, 86,8% tinham histórias pregressas de morar na rua e 76,2% já haviam estado presos. Porém com idade média abaixo do que foi encontrado nesse estudo (27,5 anos).

No estudo realizado por Fischer et al (2006) em cinco cidades do Canadá no qual foram avaliados 677 usuários de drogas, 344 eram usuários de crack que se encontravam sem tratamento no momento da entrevista, a idade média foi de 35,6 anos, semelhante ao encontrado no presente estudo. O estudo também mostrou que a maioria dos usuários de crack era homem (64,5%), morador de rua, vivendo na ilegalidade ou trabalhador do sexo.

Um estudo multicêntrico europeu que envolveu 9 cidades (Barcelona, Budapeste, Dublin, Hamburgo, Londres, Paris, Roma, Viena, e Zurich) e foi realizado com 1.855 usuários de crack e cocaína, sendo 632 em tratamento, 615 marginalizados socialmente e fora de tratamento e 608 integrados socialmente, mas sem tratamento também encontrou dados semelhantes aos aqui apresentados (Prinzleve et al; 2004). Além disto, o grupo marginalizado apresentou padrão de consumo de cocaína e crack e outras drogas com maior quantidade e frequência do que os outros dois grupos. No presente estudo, os dados relativos a separados/divorciados, 27,7% (N= 81), também mostram dificuldade na manutenção dos vínculos.

A relação com a droga acaba por estabelecer um padrão no qual apenas o que e quem faz parte das cenas de uso passam a ter espaço na vida do usuário e a obtenção da droga passa a ser o maior sentido e incentivo para sua sobrevivência (Chaves et al, 2011). Esses dados sugerem que uma das consequências do uso crônico de crack é a quebra dos vínculos dos usuários, sendo que a maioria se caracterizou por apresentar esses vínculos de maneira comprometida ou perda dos mesmos, favorecendo o isolamento e a falta de envolvimento em todos os níveis (social, familiar e trabalho).

Apesar de 32,3% da amostra referir que passa seu tempo livre com a família ou com amigos, não foi possível identificar neste estudo se são pessoas que estão envolvidas com o uso de drogas ou se são relações diferenciadas que sugerem um convívio social mais saudável. De qualquer forma, toda a atividade que seja diferente

do consumo de crack, passa a ser uma aliada no combate à fissura, fazendo com que o usuário possa ter momentos de convívio social e familiar sem a presença ou envolvimento da droga, contribuindo para maior interação e integração do mesmo à sociedade (Chaves et al, 2011).

Nos últimos 3 anos, 39% dos entrevistados relatou ter trabalho formal; já, no último mês, a queda foi acentuada, apenas 16,8% ainda mantinham trabalho formal. Sendo assim, a realização de bicos foi a forma de sustento mais encontrada no último mês, dado semelhante relatado por Sanchez e Nappo (2002) e Dualibi et al (2008).

O tempo médio de trabalho nos últimos trinta dias foi também baixo, 10 dias. Segundo a pesquisa realizada pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos (NESE) da Universidade Santa Cecília (UNISANTA), o índice de desemprego em Santos é de 10,7%, sendo que os jovens são os que têm mais dificuldade em se empregar e a maioria dos empregados está entre 30 e 49 anos (santos.com e região, 2012), ou seja, os dados dos usuários de crack relativos à presença no mercado de trabalho são contrastantes com os dados do município, sugerindo que o consumo de crack dificulta a manutenção do vínculo profissional.

Nesse estudo foi possível verificar que, apesar de 95,4% não terem mencionado detenção nos últimos 30 dias, 19,7% estiveram envolvidos em atividades ilegais visando lucro e 25% estiveram envolvidos em atividades ilegais visando à compra da droga. Estabelecida essa forma de obtenção de renda, as regras estabelecidas no tráfico acabam por aprisionar o usuário, não apenas pela facilidade em obter a droga, mas pelas imposições feitas aos que pertencem a esse meio (Oliveira & Nappo, 2008a). O sigilo das informações que circulam nesse mundo do tráfico é vigiado, tanto que o questionário utilizado foi checado pelos traficantes locais para verificar do que se tratava o estudo antes de ser permitida a realização de entrevistas em alguns locais do município.

Em São Paulo, na tentativa de conseguir minimizar a questão dos delitos cometidos pelos usuários de drogas, vem sendo utilizada a chamada Justiça Terapêutica, seguindo o modelo utilizado pelas *Drug Treatment Courts*, que oferece suspensão condicional do processo criminal para que o usuário ingresse no tratamento de dependência química. Essa alternativa oferece ao usuário a oportunidade de sair do ciclo de consumo/delito. No estudo de revisão de Pulchiero et al (2010), os autores mencionaram que essa prática é adotada há algum tempo em outros países, como nos Estados Unidos com o objetivo principal de reduzir o

comportamento criminoso e o consumo da droga.

Apesar de 42% dos entrevistados referirem necessidade de tratamento clínico, apenas 22,7% recebiam alguma medicação de forma contínua e 11,3% estiveram confinados para algum tipo de tratamento no último mês. Quando perguntado sobre tratamento psicológico, 65,8% relataram que nunca receberam e apenas 27,8% já haviam recebido prescrição de psicotrópico na vida. Esses dados apontam que os usuários de crack buscam pouco a assistência e apresentam dificuldade para acessar os serviços disponíveis, além de dificuldade de adesão quando procuram. Em Santos, não existem muitas opções de tratamento para os usuários de crack ou outras drogas. O único local para desintoxicação presente dentro do município é o Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI), que funciona no Hospital Guilherme Álvaro, onde o usuário fica um período médio de 15 dias, e por ser um serviço estadual, atende aos usuários provenientes dos 9 municípios da Baixada Santista. Outros locais de tratamento são: SENAT, que funciona como um CAPS-AD, porém não funciona 24 horas e tem características de ambulatório. A Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com algumas Comunidades Terapêuticas fora de Santos e quando necessário os usuários são para lá encaminhados. Existe um hospital na Zona Noroeste, que tem atendimento psiquiátrico, mas só há psiquiatria no setor do Pronto Socorro, sem haver leitos para internação.

A relação da procura médica e auto-cuidado entre os usuários de crack, pode estar permeada pelo fato dos usuários se sentirem marginalizados e/ou inadequados para frequentar um serviço de saúde. Além disso, muitos não possuem documentos que os identifiquem, tais como RG ou CPF, ou ainda muitas vezes estão sob o efeito da droga, além do receio de serem entregues para polícia pelo alto envolvimento em atividades ilegais. Existe ainda despreparo de profissionais que acreditam que o tratamento deva ser exclusivamente visando à abstinência, o que pode criar um ambiente pouco acolhedor e de exclusão aos usuários (Moraes, 2010).

A relação entre sexo e crack parece também estar presente entre os usuários que intitularam a fonte de renda como “bicos” principalmente entre as mulheres usuárias, como apontou o estudo de Malta et al (2008) e Carvalho & Seibel (2009), havendo troca de sexo por droga, o que acaba por acarretar diversos outros problemas vinculados à saúde pública, uma vez que o uso de preservativos nessa população é inconsistente e doenças infectocontagiosas, como Aids e outras DSTs, passam a circular mais facilmente (Nappo et al, 2004; Falck, 2007). A violência

também tem sido um grave problema associado à prática de troca de sexo por droga. Nappo et al (2004) descreve a relação das mulheres com o crack e ressalta que as DST/Aids estão relacionadas com a troca de sexo por droga. Nessa mesma direção, Ribeiro et al (2010) apontaram a existência de tal problema. Fischer (2007) salienta que o risco às DST/Aids migrou do uso de droga injetável, no qual há contato com sangue infectado através das agulhas e seringas, para o comportamento sexual de risco.

Intervenções baseadas em Estratégias de Redução de Danos, que são feitas *in loco* e têm objetivo mais educativo associado ao desenvolvimento de práticas mais seguras de uso de drogas, podem ser as formas mais viáveis de se conseguir a inserção e reduzir os danos entre os usuários (Moraes, 2010). Propostas como o consultório de rua ou na rua, que levam o atendimento psicossocial e testagem para DST/Aids nos locais de concentração de usuários talvez sejam as mais indicadas para essa população, pois favorecem o acesso a informações e a insumos, como preservativos, atraindo e favorecendo práticas de auto-cuidado (Moraes, 2010). Nesse sentido, os dados do presente estudo reforçam a necessidade de implantação em maior escala do consultório de rua, pois tal intervenção vem ao encontro das necessidades dos usuários de crack que não conseguem ou não querem chegar aos serviços de saúde. O consultório de rua foi instituído a partir do *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)*, instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)*, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Criado pelo Ministério da Saúde para a assistência aos usuários de drogas que não chegavam aos serviços de saúde. Conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Esses profissionais são capacitados para intervir junto aos usuários de drogas nos locais onde os mesmos se encontram concentrados e oferecer ações integradas de prevenção e promoção da saúde, sob a lógica da Redução de Danos, promover a construção e resgate da cidadania, prevenção às DST/Aids/Hepatites Virais através de consultas e distribuição de insumos de prevenção, como preservativos e materiais educativos, além de oferecer

teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, promover uma rede de apoio e facilitar o acesso à rede municipal de saúde.

O município de Santos foi o primeiro da Baixada Santista a implantar o consultório de rua com o nome “Caminhos para Cidadania”, contando com uma equipe composta por enfermeira, assistente social e terapeuta ocupacional. Para conhecer os locais de maior concentração de usuários de crack foi realizada parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de São Paulo a partir da aprovação do PET Saúde-Saúde Mental/Álcool/Drogas/Crack, regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC no 421/2010.

Somando-se ao fato da maioria ser homem, morador de rua, sem emprego formal e com pouca procura pelos serviços de saúde, a política pública estabelecida para o atendimento dos homens ainda não está preparada para as diversidades dos mesmos e seus contextos familiares, que vão desde moradias fixas e referências familiares estruturadas até os que não possuem vínculos de nenhuma espécie (Scott, 2010). É notório que os homens procuram e chegam menos aos serviços de saúde do que as mulheres. A questão de gênero e masculinidade provavelmente está relacionada a essa pouca procura por assistência por parte dos homens, ou seja, a figura do homem está vinculada a ser provedor, chefe de família e, portanto, a necessidade de procurar auxílio médico estaria no imaginário masculino vinculada à fraqueza ou perda de poder (Scott, 2010). Portanto, toda a aproximação realizada nos locais de uso/abuso de drogas será mais efetiva do que o estímulo à busca pelos serviços de saúde do município.

A quantidade e frequência de sintomas psicológicos/psiquiátricos referidos pelos usuários revelam que o uso/abuso de crack gera intenso sofrimento emocional nesses indivíduos. A alta frequência de sintomas de ansiedade, depressão, pensamento suicida e tentativa de suicídio detectada entre os usuários mostra um quadro preocupante no universo desses sujeitos. Unindo-se ao fato da baixa procura espontânea por ajuda profissional, esses dados revelam que os usuários de crack apresentam muitos problemas psicológicos/psiquiátricos.

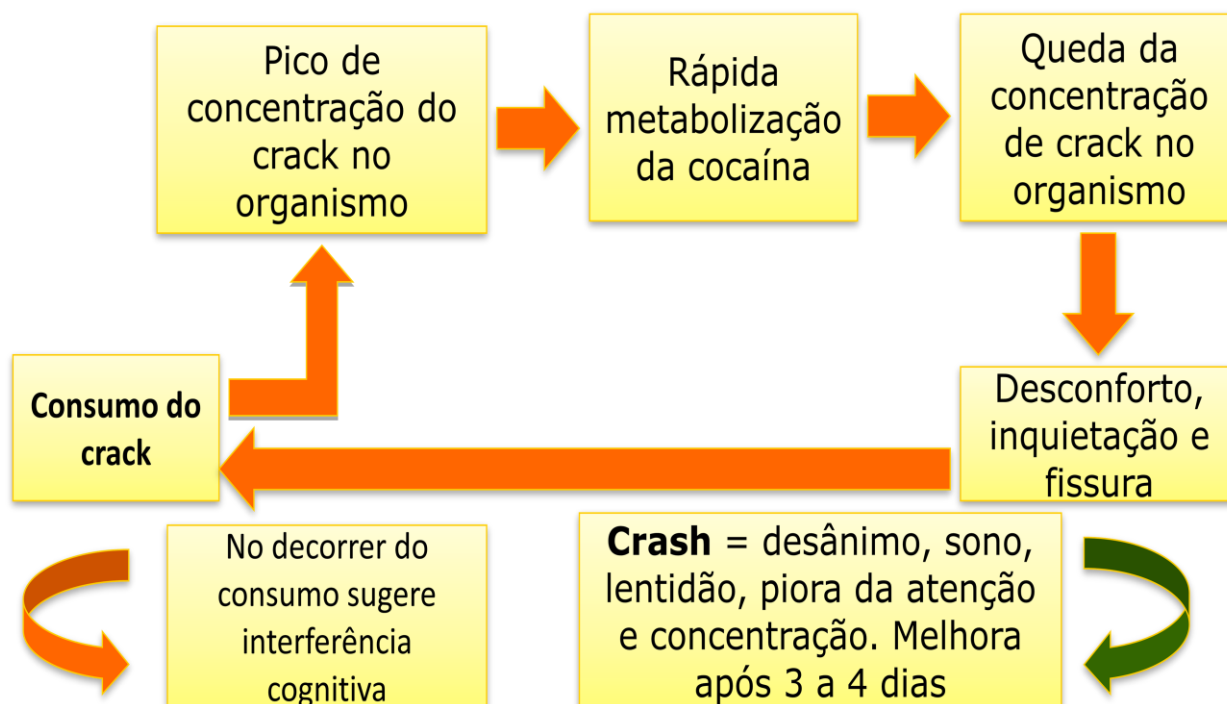
Outra questão relevante e preocupante que chama atenção é o isolamento presente na maioria desses indivíduos, que referiram passar o tempo livre sozinhos e que não possuíam amigos. Os vínculos interrompidos ou perdidos mostram um panorama de exclusão social agravada pela inserção na marginalidade, pois o crack aparece como um propulsor em função da compulsão gerada pela dependência

dessa substância. Vale ressaltar que existem usuários nesta pesquisa que referiram passar seu tempo livre com a família e com os amigos, havendo moradia fixa, talvez esses sujeitos sejam os que de certa forma conseguem fazer uso controlado do crack, mas também fica a pergunta sobre quem é essa família e esses amigos, uma vez que já foi verificado que a relação dos usuários com familiares e amigos muitas vezes também está permeada pelo consumo de drogas (Sanchez & Nappo, 2002).

A presença de outros transtornos psiquiátricos entre usuários de crack e cocaína, independente da forma de administração, esteve mais presente entre aqueles que usavam a droga de forma regular, principalmente entre aqueles que se encontravam sem nenhum tipo de tratamento, que possuíam história de uso de droga injetável e que foram diagnosticados como consumidores graves da substância ou em uso simultâneo de benzodiazepínicos (Dualibi et al 2008). Além disto, a presença de outro transtorno psiquiátrico entre os usuários de crack piora o prognóstico (Dualibi et al 2008).

Os problemas de concentração e memória apareceram como sintomas mais frequentes na vida e nos últimos 30 dias, apontando que esse efeito aparece em pouco tempo após o consumo de crack, mesmo em iniciantes, após longos períodos de consumo intercalados por outros de abstinência. Isso pode ser explicado pelo pico de concentração no organismo, seguido de rápida metabolização da cocaína e queda da concentração de crack no organismo, trazendo efeitos desagradáveis como desconforto, inquietação e fissura. Se não houver novo consumo, o usuário passa por um período denominado *crash*, no qual estão presentes desânimo, sono, lentidão, piora da atenção e da concentração, havendo melhora após 3 a 4 dias (Ribeiro & Laranjeira, 2010), conforme Figura 3.

Figura 3. Demonstração da interferência do crack no organismo.



Portanto, os problemas psicológicos mais referidos pelos usuários deste estudo permanecem no decorrer do consumo de crack, sugerindo uma possível interferência no desenvolvimento cognitivo dos mesmos.

Com relação à história de consumo de drogas, os dados desse estudo são diferentes dos que foram apontados no estudo de Sanchez e Nappo (2002), no que se refere à idade de início do consumo. As autoras descreveram a faixa etária entre 10 e 13 anos como predominante para início de consumo de drogas, não havendo consumo relatado antes dos 9 anos de idade. No atual estudo, foi encontrado relato de primeiro uso de álcool com 5 anos, seguido da maconha com 6 anos, inalantes e cocaína com 7 anos e heroína e crack com 8 anos. Apenas alucinógenos e ecstasy tiveram seu início na adolescência, com 12 e 14 anos, respectivamente. Esses fatos podem sugerir que o acesso às drogas está cada vez mais facilitado, seja em casa ou nos pontos de venda, e uma droga como o crack que possui um poder de dependência facilmente estabelecido, gera usuários com idades cada vez menores.

Portanto, o início de uso de drogas para alguns ocorreu na infância, sendo que o início de uso de drogas lícitas e ilícitas esteve em idade muito próxima, apontando a necessidade urgente de medidas educativas tendo por base a lei que proíbe a venda

de bebidas para menores de 18 anos, maior fiscalização na venda de produtos que podem ser usados na fabricação de drogas caseiras, como o inalante conhecido como “cheirinho de loló”, além de programas que apontem os malefícios do uso de drogas dentro das escolas, mostrando os sintomas desagradáveis que ocorrem após o prazer do consumo inicial. A idade média de consumo de cocaína e crack, 18 e 23 anos, respectivamente, foi a mesma encontrada por Dias et al (2011) em estudo de coorte realizado com 131 usuários de crack internados para desintoxicação em uma enfermaria para dependentes químicos em um Hospital Geral da Zona Norte da cidade de São Paulo.

As drogas mais comumente consumidas na vida pelos usuários de crack foram: maconha, cocaína, álcool e inalantes, sendo que as drogas ilícitas foram as mais consumidas, o que revela que o atual usuário de crack, na grande maioria das vezes foi ou é usuário de outras substâncias. Esses dados revelam que além do usuário de crack apresentar um padrão de consumo de drogas caracterizado pelo poliuso, o início de consumo de drogas não necessariamente se dá pelo uso exclusivo de uma droga lícita. A maioria dos usuários referiu que ganhou a primeira droga e o que mais motivou esse consumo foi a curiosidade. Situação semelhante ocorreu em relação ao crack. Pode-se supor que muitos usuários de crack ao darem início ao seu consumo ainda desconhecem os efeitos negativos do uso/abuso de tal substância. Isso sugere que medidas preventivas devem ser tomadas e essas devem estar associadas à maior disponibilidade de informações sobre a droga e os malefícios decorrentes de seu uso, que mesmo a curto prazo, podem comprometer a vida do usuário. Por outro lado, Sanchez e Nappo (2002) apontaram que a relação do usuário com o ofertante/traficante por vezes influencia a aceitação da droga, seja por respeito ou para se fazer aceito no meio, assim é importante investigar essa relação e verificar se o ofertante é alguém próximo, pois tendo contato constante com o ofertante, a adesão ao tratamento fica prejudicada.

Nesse estudo, a forma de consumo de crack mais utilizada foi a pipada (73,2%), na qual o crack é consumido em diversos tipos de cachimbos confeccionados pelos usuários, sugerindo uma relação de maior dependência, pois o cachimbo não é jogado fora e permanece disponível para ser utilizado a qualquer momento. Muitos usuários inclusive desmontam as peças e guardam em diferentes locais do corpo, para não serem pegos com o cachimbo montado. O crack, quando fumado misturado com tabaco ou maconha, há minimização dos efeitos

nocivos da droga, em especial quando fumado com maconha, pois tem sido relatado entre essa população redução da compulsão, assim como alimentação e sono após o consumo. Pode-se inferir que há uma redução dos danos associada ao consumo de crack quando fumado com maconha se comparado ao uso exclusivo dessa substância (Oliveira & Nappo, 2008b).

No questionário quando perguntado sobre o uso de pedras por dia, foi possível perceber uma grande variação no número de pedras consumidas, de 2 a 150 pedras, sugerindo que a média de consumo descrita por Nappo et al (1999), de 25 pedras/dia já foi ultrapassada, ou seja, dificilmente existe uma média de consumo de pedras que se mantenha, uma vez que a quantidade de pedras está vinculada à facilidade do usuário em ter acesso ao crack, quantidade de dinheiro disponível para compra, envolvimento com o tráfico, troca de sexo pela droga e a própria resistência física e psicológica de seus consumidores.

Quanto ao preço pago pela pedra de crack, o valor encontrado com maior frequência foi de R\$ 5,00 e R\$ 10,00, sendo que, entre os usuários houve relato de três que não pagavam pela droga por terem envolvimento direto com o tráfico de drogas ou terem parentesco próximo com traficantes. Esse valor não foi diferente do encontrado por Oliveira e Nappo (2008a), que ainda relataram venda de farelo de crack por preços muito inferiores, os quais seriam partículas da pedra a preço de R\$ 0,50. A manutenção do valor, porém não significa que tenha havido também a manutenção da composição da droga, pois essa vem sofrendo cada vez mais adições de componentes químicos prejudiciais à saúde e que fazem com que a droga renda mais e cause efeitos mais devastadores nos indivíduos. Comparando o preço do crack ao da cocaína, o valor de um papelote de cocaína custa em média R\$10,00 (segundo relato dos usuários entrevistados) e dependendo da qualidade da droga avaliada pelo traficante, pode custar um pouco mais.

Apesar do baixo custo da pedra, o crack pode se tornar uma droga financeiramente mais onerosa em relação às outras drogas, pelo fato da compulsão e fissura geradas, o que faz com que os usuários consumam uma maior quantidade da droga. Esse fato acaba por envolver questões de violência, marginalidade para obter a pedra, além de se prolongar o uso do crack até a exaustão (Chaves et al, 2011).

O usuário de cocaína tem apresentado um perfil de consumo dessa substância mais controlado do que o usuário de crack, uma vez que o tempo entre o consumo da droga e a sensação prazerosa dura mais (10 a 15 minutos) que no crack (8

segundos), portanto o crack prejudica mais seus usuários pela maior quantidade consumida, em intervalos menores, já que o efeito da droga é mais curto, assim para manter o efeito, consomem mais crack em menos tempo (Marques et al, 2011; Nappo et al, 2004).

Nesse estudo, dos 292 entrevistados, 15,8% consumiam apenas crack, os demais foram considerados poliusuários, consumindo outras substâncias além do crack, o que faz com que o tratamento e a adesão sejam mais difíceis e complexos, conforme descrito por Oliveira & Nappo (2008b). Os autores concluíram que ser poliusuário de drogas pode retardar a recuperação e a reinserção social do usuário devido à possibilidade de desenvolvimento de dependência de outras substâncias.

Entre as drogas consumidas junto com o crack, se destacou o álcool, consumo este que foi relatado principalmente antes e após o uso de crack. Segundo os usuários, quando consumido antes, estimula o consumo de crack e quando consumido após, alivia as consequências indesejáveis do crack, como a paranóia e agitação, propiciando uma quebra na compulsão e fissura como foi descrito por Chaves et al (2011). Dias et al (2011) descreveu ainda que o álcool quando usado ao final tende a diminuir o consumo de crack. O álcool também aparece em combinação com outras drogas associadas ao crack.

As consequências de uso concomitante de álcool e crack trazem como resposta a má absorção do álcool devido à vasoconstrição causada pela cloridrato de cocaína (Oliveira & Nappo, 2008b), além de haver uma alteração metabólica da cocaína/crack na presença do álcool, formando a substância cocaetileno, um metabólito ativo que atua de forma mais intensa e duradoura sobre o sistema de recompensa, porém sua toxicidade é superior a da cocaína e prolonga os efeitos dessa droga, aumentando também o risco de problemas cardíacos e o risco de morte súbita (Sanchez & Nappo, 2002; Marques et al, 2011).

Estudos internacionais também têm evidenciado o mesmo padrão de consumo de álcool entre os usuários de crack. Gossop et al. (2006a; 2006b) investigou as diferenças nos padrões de consumo de cocaína e álcool e de crack e álcool quando essas substâncias foram consumidas concomitantemente entre 102 usuários dessas substâncias em Londres. Os autores analisaram a ordem de administração de álcool e cocaína ou álcool e crack e o número de doses de álcool em cada. Os dados foram coletados por entrevistas estruturadas. Foram encontrados diferentes padrões no uso de álcool quando usuários de crack e cocaína em pó foram comparados. Usuários de

cocaína em pó tenderam a tomar um número maior de doses de cocaína e álcool quando essas substâncias foram utilizadas em combinação. Por outro lado, usuários de crack tenderam a beber quantidades menores de álcool quando estavam consumindo crack do que quando não estavam. Usuários de cocaína em pó consumiam cocaína e álcool ao mesmo tempo. Os usuários de crack consumiam álcool no final dos episódios de *binge*. Os autores concluíram que a forma de administração da cocaína (pó e pedra) podem influenciar a biodisponibilidade de absorção e o equilíbrio de efeitos eufóricos/disfóricos produzidos pela substância. Além disto, alertaram para o fato de que o uso abusivo de álcool com cocaína gera maior efeito cardiotoxico, e problemas letais devido à formação do cocaetileno.

A maconha aparece como a segunda droga mais associada ao consumo de crack e seu consumo também tem sido associado à diminuição dos efeitos indesejáveis causados pelo crack (Ribeiro et al, 2010; Chaves et al, 2011). A maconha, além de diminuir a compulsão e fissura, traz outros benefícios, como a “larica”, vontade de comer muitas vezes compulsivamente após seu consumo, além de permitir que o usuário consiga relaxar e dormir. O consumo de maconha por usuário de crack pode ser vista como uma estratégia utilizada por eles para a redução dos danos causados pelo crack. Em um período de 9 meses, Labigalini et al (1999) acompanharam 25 homens usuários abusivos de crack entre 16 e 28 anos e que usavam maconha para minimizar os efeitos desagradáveis do crack. Ao final do seguimento, 68% dos usuários conseguiram diminuir o uso de crack e relataram que a maconha ajudou a reduzir a fissura pelo crack.

Incorporar essas importantes informações e discutir com os usuários de crack, favorecendo uma reflexão sobre as formas menos danosas de consumo e, em especial, explicar os efeitos de cada droga no organismo podem contribuir para que a adesão ao tratamento ocorra mais facilmente. Apesar de saberem e explicarem sobre os efeitos causados pelo crack após seu consumo, os usuários não conseguem entender as razões da sensação de melhora ou piora relacionadas às combinações de uso de crack com outras drogas, há carência de informação e entendimento dos reais benefícios que podem utilizar em seu favor, melhorando sua qualidade de vida. Além disto, a comunicação deve ocorrer através de uma linguagem simples, se aproximando da linguagem do próprio usuário. Dessa forma, será possível, no campo onde se consome a droga ou nos serviços de saúde, beneficiar os usuários de crack que querem parar e também aqueles que não pretendem parar de consumir a droga.

Dos 292 entrevistados, o crack era a substância principal para 77,6%, o que mostra que existe um padrão de dependência dessa substância já estabelecido, sendo assim serão necessários esforços diversos e intersetoriais para conseguir auxiliar esses usuários. O resgate desses indivíduos passa por uma reorganização complexa que vai do entendimento de suas necessidades e busca por satisfação pela vida, passando pelos vínculos familiares e sociais, até a reinserção no mercado de trabalho.

5.1. Limitações do Estudo

Uma das limitações desse estudo é que o uso de tabaco entre os usuários de crack do município de Santos não foi pesquisado. Os dados de uso são de Villarinho (2001), que apontou que dos 119 entrevistados, 90% consumiam tabaco. Em outros estudos, como o de Sanchez e Nappo (2002) e Oliveira e Nappo (2008), o tabaco aparece como uma das principais drogas utilizadas pelos usuários de crack.

O presente estudo não teve acesso à população de usuários em tratamento em clínicas privadas, assim as classes sociais mais elevadas não foram suficientemente representadas na população estudada.

Algumas mulheres usuárias de crack se encontravam mais “protegidas ou escondidas”, tendo um parceiro que lhes fornecesse o crack, assim a dificuldade ao acesso às mulheres limitou o número das mesmas nesse estudo. Portanto, outros estudos precisam investigar melhor o envolvimento do crack na vida dessas usuárias.

Por este estudo ter investigado o perfil de usuários de crack em diversos locais de acesso e usuários que se encontravam em tratamento e aqueles que se não se encontravam em tratamento, seria necessário aprofundar o entendimento das diferenças entre os mesmos, investigando melhor a relação que possuem com as instituições que frequentam e até mesmo a adesão ou não ao tratamento e acolhimento familiar para o problema.

Além das questões acima citadas, o fato de a maioria dos usuários entrevistados estarem em situação de rua, suscitaram questões mais complexas que não puderam ser descritas neste estudo, pois a qualidade e grau do vínculo deste usuário com a instituição (e a diversidade de instituições) pode influenciar no perfil e formas de atendimento destes usuários que foram aqui descritas.

A exposição desses usuários à situação de rua impediu muitas vezes que os questionários fossem aplicados, principalmente em locais sem proteção nos dias chuvosos. A circulação de usuários em determinados locais ocorria à noite, porém dependendo do horário, os locais se tornavam perigosos, até porque os sujeitos já estavam sob efeito do crack, impedindo a aplicação dos questionários.

A questão do tráfico de drogas estar mais organizado e ser pauta de diversas reportagens, fez com que em muitos momentos o acesso aos usuários fosse impedido pelo receio de que informações fossem repassadas à polícia.

Apesar do ASI ser um questionário bem elaborado, padronizado e mundialmente usado na área de substâncias psicoativas, ele é extenso e muitas vezes os usuários ficavam impacientes para responder às questões, sendo necessária a habilidade dos entrevistadores em obter a conclusão com sucesso.

6. CONCLUSÃO

O levantamento de dados deste estudo pôde propiciar uma visão ampliada de quem são os usuários de crack do município de Santos, por abranger uma amostra advinda de vários locais de uso e abuso, assim como de tratamento e acolhimento, tanto por serviço público, como por organizações não governamentais.

A relevância desse estudo está relacionada a sua natureza quantitativa e diversificada, o que não possuímos no Brasil, ao seu elevado número de participantes, que é bastante significativo, trazendo uma contribuição real para a construção de políticas públicas tanto na área da Saúde Mental como na área de DST/Aids, propiciando condições de trabalho voltados para prevenção e assistência aos usuários de crack do município de Santos.

O objetivo geral do estudo foi alcançado, pois o perfil dos usuários de crack foi traçado e os objetivos específicos conseguiram ser atingidos, sendo que as principais conclusões são:

- Os usuários de crack de Santos são predominantemente homens, solteiros, não havendo grande diferença entre o quesito raça/cor para pardos e brancos, com média de 35 anos de idade, média de 8 anos de estudo e se caracterizam por serem poliusuários de drogas e tem a rua como o principal local de moradia, sendo que uma parcela considerável mora sozinha, revelando uma tendência ao isolamento.
- Quase metade dos usuários tem como fonte de renda no último mês os “bicos” ou a ilegalidade através de roubos, furtos, venda de drogas e tráfico, denotando um problema social e de segurança pública importantes.
- Presença de alta frequência de usuários que já foram presos ou que cometeram atos ilegais, mas não foram presos.
- Mais da metade dos entrevistados não possui amigos, denotando um sério problema de exclusão social relacionado ao uso de crack. A exclusão social não ocorre somente pela falta de amigos, mas sim por um conjunto de fatores sociais, econômicos e psicológicos associados à dependência dessa droga.
- A maioria ganhou e consumiu a primeira droga por curiosidade, mostrando que a abordagem do tema drogas deve se manter em diversos ambientes como: escola, família, quaisquer locais de tratamento à saúde e, em especial, falar sobre os malefícios das drogas e explicar as consequências atuais e futuras de seu uso.

- A faixa etária predominante para o uso do crack esteve entre 19 e 29 anos.
- O início de uso de crack foi referido com idade mínima de 8 anos e máxima de 59 anos, sugerindo que as estratégias de intervenção com os usuários sejam diferentes, contextualizadas e abrangentes para diversas idades, assim como reforça a necessidade de intervenções preventivas junto a crianças.
- A forma mais consumida de crack é a pipada, ou seja, a que traz mais problemas à saúde, seja por infecções adquiridas pelos utensílios utilizados para confecção dos cachimbos, seja pelo compartilhamento dos mesmos, ou ainda por serem pegos jogados nas ruas, lixo, etc. Além, disto, o uso do cachimbo propicia fissuras labiais que são porta de entrada para diversas infecções, como as Hepatites B e C e o HIV, revelando a necessidade de maior atenção à saúde desses usuários, assim como maior atuação dos profissionais de saúde a partir de estratégias de redução de danos.
- O preço da pedra de crack é muito baixo quando comparado à cocaína, porém a fissura e a compulsão geradas pelo seu consumo fazem seus usuários gastar muito mais do que as outras formas de consumo da cocaína, sugerindo que o desconforto causado pela ausência da droga conduz seus usuários a cometerem delitos.
- O padrão de consumo de crack é diversificado, havendo uma grande parte de usuários no padrão “binge”, mas também o uso mais próximo do controlado foi referido principalmente entre aqueles que conseguiam manter suas tarefas diárias, incluindo o trabalho.
- As drogas mais associadas ao consumo de crack são: álcool, maconha e cocaína. Cada uma delas possui uma razão específica para ser consumida junto ao crack, seja para prolongar os efeitos prazerosos da droga, seja para diminuir os efeitos indesejáveis. É importante ressaltar que esse coquetel de drogas traz efeitos nocivos aos usuários pelas questões de toxicidade. Apesar disto, poucos estudos relatam a presença de uso de crack concomitantemente com três outras substâncias.
- Há grande presença de sintomas psicológicos/psiquiátricos entre os usuários de crack. No entanto, a maioria nunca recebeu tratamento ou prescrição médica seja durante a vida ou nos últimos 30 dias, revelando a necessidade de busca ativa desses usuários.
- Os usuários de crack apresentam problemas em diversas áreas de suas

vidas, sendo que as mais prejudicadas são relativas aos aspectos médicos, de emprego, psicológico/psiquiátrico e familiar/social, revelando necessidade de se rever a forma de lidar com esses usuários, favorecendo o debate na sociedade, rompendo com o estigma e a discriminação associados a esses usuários, que são muitas vezes demonizados pela mídia. Além disto, faz-se necessário a abertura de novos locais para tratamento adequados às necessidades e perfil desses usuários, assim como centros de desintoxicação e abrigos temporários que facilitem a reinserção social dos mesmos, com funcionamento 24 horas. Toda essa estrutura faz parte das políticas públicas pré estabelecidas pelo governo federal, mas que precisam ser urgentemente implantadas na política pública local. Pois não há mudança, nem recomeço para os que já estão condenados ao fracasso.

- As limitações deste estudo mostram que há necessidade em continuar investigando e estudando a população de usuários de crack da cidade de Santos, uma vez que esse município tem características específicas e diferenciadas das demais no que se refere às questões epidemiológicas dentro do Estado de São Paulo, servindo de base para mudanças e implantação de estratégias a partir das dificuldades e sucessos encontrados. Portanto este estudo poderá servir de base para outros que possam se aprofundar e levantar mais dados que não puderam ser descritos nesse estudo.

- Santos é um município considerado inovador e pioneiro, em especial no que refere à prevenção e assistência às DST/Aids. A partir da estruturação do Programa de Redução de Danos na cidade que estava voltado para os UDI, entre os quais uma grande parcela estava infectada pelo vírus HIV, surgiu a necessidade de se investir também na problemática da droga. Muitos anos se passaram e hoje as necessidades dos usuários são diferentes, a reorganização do tráfico, as drogas circulantes, a facilidade de obtenção das mesmas, faz com novas medidas sejam colocadas em prática. Porém, não basta a implantação das novas políticas ou a criação de novos espaços se não houver o monitoramento dessas ações a curto, médio e longo prazo. Os melhores monitores/supervisores são os que não estão diretamente ligados aos programas, seja de saúde mental ou DST/Aids, mas os melhores avaliadores são os próprios usuários desses serviços.

Portanto, a escuta e o reconhecimento desses usuários como cidadãos com direitos e deveres devem ser revistos para que os erros do passado não se repitam e, assim, possa haver o devido acolhimento imprimindo a co-responsabilidade dos atos

e escolhas em seus tratamentos nos locais onde equipes e usuários consigam se compreender, respeitar as diferenças e construir um plano terapêutico individualizado que priorize as necessidades subjetivas do usuário.

ANEXOS

Anexo 1. Addiction Severity Index – ASI

Anexo 2. Addiction Severity Index – ASI (adaptado)

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 4. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

ESTADO FÍSICO

*1. Quantas vezes na sua vida você foi hospitalizado por problema clínicos? (incluir overdose, delirium tremens, excluir desintox)

2. Há quanto tempo atrás foi sua última hospitalização por problemas físicos? anos meses

3. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em vida?
0. Não 1. Sim

Especifique: _____

*4. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular por um problema físico?
0. Não 1. Sim

*5. Você recebe pensão por alguma incapacidade física? (excluir incapacidade psiquiátrica)
0. Não 1. Sim

Especifique: _____

*6. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?

PARA AS QUESTÕES 7 E 8 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE SUA ESCALA DE ESCORE

*7. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por estes problemas de saúde nos últimos 30 dias?

*8. Qual o grau de importância que o tratamento para estes problemas de saúde tem para você agora?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*9. Como você quantificaria a necessidade do paciente de tratamento clínico?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*10. Interpretação errônea do paciente?
0. Não 1. Sim

*11. Distorção proposital das informações?
0. Não 1. Sim

ESTADO PROFISSIONAL E SUSTENTO

*1. Educação completada anos meses

*2. Treinamento ou educação técnica completada. meses

3. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade?
0. Não 1. Sim

*4. Você tem carteira de motorista válida?
0. Não 1. Sim

*5. Você possui um automóvel disponível para uso?
0. Não 1. Sim

6. Quanto tempo durou seu trabalho em período integral mais duradouro? anos meses

*7. Ocupação habitual (ou a última).
Especifique: _____

*8. Alguém contribui para o seu sustento?
0. Não 1. Sim

*9. Isto constitui a maior parte de seu sustento? (Se item 8 for sim)
0. Não 1. Sim

10. Padrão de emprego habitual, nos últimos 3 anos:

1. período integral (40 hs/semana)
2. meio período (hs regulares)
3. meio período (irregulares, diárias)
4. estudante

5. serviço militar
6. aposentado/incapacitado
7. desempregado
8. em ambiente controlado

*11. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30?

Qual a quantia de dinheiro que você recebeu nos últimos 30 dias, de cada uma das seguintes fontes?

*12. emprego (líquido)

*13. seguro desemprego

*14. vales em geral

*15. pensões, benefícios ou seguro social

*16. companheiro/a, família ou amigos

*17. ilegal

*18. Quantas pessoas dependem de você para a maior parte de sua alimentação, abrigo, etc?

*19. Quantos dias você apresentou problemas no emprego nos últimos 30 dias?

PARA AS QUESTÕES 20 E 21 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZA SUA ESCALA DE ESCORES

*20. O quanto você foi incomodado ou se aborreceu com problemas no emprego nos últimos 30 dias?

*21. Qual a importância para você agora de aconselhamento para estes problemas no emprego?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*22. Como você avaliaria o grau de necessidade de aconselhamento no emprego deste paciente?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*23. Interpretação errônea do paciente?
0. Não 1. Sim

*24. Distorção proposital das informações ?
0. Não 1. Sim

USO DE DROGAS/ÁLCOOL

	Último 30 dias	Na Vida anos	Via Adm
*1. Álcool - qualquer uso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*2. Álcool - p/ intoxicação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*3. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*4. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*5. Opiáceos/analgésicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*6. Barbitúricos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*7. Sedativos/hipnóticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*8. Cocaína/crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*9. Anfetaminas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*10. Maconha (cannabis)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*11. Alucinógenos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*12. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*13. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: veja manual para exemplos representativos de cada classe de droga

* Via de administração:

1= oral 2= nasal 3= fumada 4= injeção não EV 5= injeção EV

*14. Qual a substância que é o principal problema?
Codifique segundo o código acima ou: 00 - Sem problemas; 15 - Álcool e Droga (dependência Dupla); 16 - Polidroga; quando não estiver claro, pergunte ao paciente.

15. Quando tempo durou o seu último período de abstinência voluntário desta principal substância?

meses

16. Há quantos meses atrás esta abstinência terminou?
(00 - ainda abstinente)

*17. Quantas vezes você teve:
delirium tremens alcoólico

overdose de droga

*18. Quantas vezes na sua vida você foi tratado por:

Abuso de álcool

Abuso de drogas

*19. Quantas destas vezes foram apenas desintoxicações?

álcool

drogas

*20. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com:

álcool

drogas

*21. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial por álcool ou drogas nos últimos 30 dias?
(incluir NA, AA)

*22. Quantos dias durante os últimos 30 você apresentou:

Problemas com álcool

Problemas com drogas

Comentários:

PARA AS QUESTÕES 23 & 24 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE A ESCALA DE ESCORES

*23. O quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com:

Problemas com álcool

Problemas com drogas

*24. Qual a importância para você agora de tratamento para estes:

Problemas com álcool

Problemas com drogas

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*25. Como você avaliaria o grau de necessidade de tratamento do paciente para:

abuso de álcool

abuso de drogas

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*26. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

☐

*27. Distorção proposital das informações ?

0. Não 1. Sim

☐

ESTADO LEGAL

1. Esta admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça criminal (juiz, oficial da condicional/liberdade vigiada, etc.)

0. Não 1. Sim

☐

*2. Você está em liberdade condicional ou vigiada?

0. Não 1. Sim

☐

Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes:

*03 - furtos em lojas/vandalismo

☐

*04 - violação de liberdade condicional/ vigiada

☐

*05 - porte de drogas

☐

*06- falsificação

☐

*07- ofensa armada

☐

*08- saque, furto

☐

*09- roubo

☐

*10- assalto

☐

*11- incêndio culposos

☐

*12-estupro

☐

*13-homicídio, homicídio não premeditado

☐

*14A-prostituição

☐

*14B-desacato a autoridade

☐

*14C-outros _____

15. Quantas destas acusações resultaram em sentenças?

Quantas vezes em sua vida você foi acusado dos seguintes:

*16. Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público

☐

*17. Dirigir quando intoxicado

☐

*18.Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação)

☐

*19. Quantos meses você ficou encarcerado na sua vida?

☐

20. Quanto durou seu último encarceramento?

☐

meses

21. Qual o motivo? (utilize o código 3,14,16,18 se acusações múltiplas, registre a mais grave)

☐

meses

*22. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença ?

0. Não 1. Sim

☐

*23. Por que? _____

*24. Quantos dias nos últimos 30 você foi detido ou encarcerado?

☐

*25. Quantos dias nos últimos 30 você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?

☐

PARA AS QUESTÕES 26 & 27 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE SUA ESCALA DE ESCORES

*26. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais atuais? (excluir problemas civis).

☐

*27. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para estes problemas legais?

☐

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*28. Como você avaliaria a necessidade deste paciente de serviço ou aconselhamento legais ?

☐

ESCORE DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*29. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

☐

*30 Distorção proposital das informações ?

0. Não 1. Sim

☐

HISTÓRIA FAMILIAR

Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico - algo que recebeu ou deveria ter recebido tratamento?

LADO MATERNO

Álcool Drogas Psiquiátrico

Avó

☐
☐
☐

Avô

☐
☐
☐

Mãe

☐
☐
☐

Tia

☐
☐
☐

Tio

☐
☐
☐

LADO PATERNO

Álcool Drogas Psiquiátrico

Avó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avô	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pai	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARENTES

Álcool Drogas Psiquiátrico

Irmão#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Irmão#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Irmã#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Irmã#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RELAÇÕES FAMILIARES/SOCIAIS

*1. Estado Civil

1. Casado; 2. Casado mais de uma vez; 3. Viúvo;
4. Separado; 5. Divorciado; 6. Solteiro

2. Há quanto tempo você este estado civil?(se nunca casou, desde 18 anos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
anos		meses	

*3. Você está satisfeito com este estado civil?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

*4. Situação de moradia habitual (último 3 anos)

1. Com parceiro sexual e filho
2. Apenas com parceiro sexual
3. Apenas com filho
4. Com os pais
5. Com a família

6. Com amigos
7. Sozinho
8. Ambiente controlado
9. Situação instável
Outros _____

5. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação?
(se com os pais ou família, desde 18 anos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
anos		meses	

*6. Você está satisfeito com esta situação de moradia?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

7. Você mora com alguém que:

0. Não 1. Sim

7A. Apresenta problema com álcool no momento?

7B. Utiliza drogas não-prescritas?

*8. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?

1. Família 2. Amigos 3. Sozinho

*9. Você está satisfeito em passar o seu tempo livre desta maneira ?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

*10. Quantos amigos íntimos você possui ?

Instruções para 9A - 18: Coloque "0" na categoria familiar na qual a resposta é evidentemente negativa para todos os familiares nesta categoria; "1" onde a resposta é evidentemente positiva para qualquer familiar dentro desta categoria; "X" onde a resposta é incerta ou "Eu não sei" e "N" onde nunca tenha existido um familiar em cada categoria.

10a. Você diria que teve um relacionamento íntimo, duradouro e pessoal com qualquer uma das seguintes pessoas, ao longo de sua vida:

Mãe

Pai

Irmãos/Irmãs

Parceiro sexual/Esposo

Filhos

Amigos

Você teve períodos significativos nos quais você apresentou problemas sérios de convivência com:

0. Não

1. Sim

Últimos
30 dias

Na Vida

*11. Mãe

*12. Pai

*13. Irmãos/Irmã

*14. Parceiros sexual/esposo

*15. Filhos

*16. Outro familiar significativo

*17. amigos íntimos

*18. Vizinhos

*19. Companheiros de trabalho

Alguma destas pessoas (10-18) abusou de você?

0. Não

1. Sim

19a. Emocionalmente (fez você sentir-se mal utilizando palavras rudes) ?

19b. Fisicamente (causou em você dano físico) ?

19c. Sexualmente (forçou aproximações sexuais ou atos sexuais) ?

*20. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou conflitos sérios:

A.com sua família ?

B.com outras pessoas? (excluindo a família)

PARA AS QUESTÕES 20 & 23 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE SUA ESCALA DE ESCORES

Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por:

*21. Problemas familiares

*22. Problemas sociais

Qual é a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para:

*23. Problemas familiares

*24. Problemas sociais

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*25. Como você avaliaria a necessidade do paciente de aconselhamento /tratamento familiar e/ou social ?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

*26. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

*27. Distorção proposital das informações ?

0. Não 1. Sim

Comentários: _____

ESTADO PSIQUIÁTRICO

*1. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

Em um hospital

Como paciente privado ou de consultório

*2. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica ?

0. Não 1. Sim

Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de droga/álcool) no qual você apresentou :

0. Não Últimos 30 dias 1. Sim Na Vida

*3. Depressão grave

*4. Ansiedade ou tensão graves

*5. Alucinações

*6. Problemas de compreensão, concentração ou memória

*7. Problemas em controlar comportamento violento

*8. Pensamentos sérios sobre suicídio

*9. tentativas de suicídio

*10. Recebeu prescrição de medicação algum problema psicológico/emocional

*11. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou estes problemas psicológicos ou emocionais ?

PARA AS QUESTÕES 12 E 13 SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE SUA ESCALA DE ESCORES

*12. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por estes problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias ?

*13. Qual é a importância para você, agora, de tratamento para estes problemas psicológicos ?

OS ITENS SEGUINTE DEVE SER PREENCHIDOS PELO ENTREVISTADOR

No momento da entrevista, o paciente está:

0. Não 1. Sim

*14. Obviamente deprimido/retraído

*15. Obviamente hostil

*16. Obviamente ansioso/nervoso

*17. Apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranóide

*18. Apresentando problemas de compreensão, concentração, memória

*19. Apresentando ideação suicida

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

*20. Como você avaliaria a necessidade do paciente de tratamento psiquiátrico/psicológico?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*21. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

*22. Distorção proposital das informações ?

0. Não 1. Sim

Comentários: _____

INSTRUÇÕES

1. Não deixe espaços em branco - Quando apropriado, coloque os códigos :

X = questão não respondida

N = questão não aplicável

Utilize apenas um caractere por item.

Nome do Entrevistador _____

Sexo :

1. Masculino
2. Feminino

Especial :

1. Paciente finalizou
2. Paciente recusou
3. Paciente incapaz de responder

Horário de início:

Horário de término:

Local da entrevista: _____

Se na rua endereço: _____

Estrato: () NAPS () SENAT () ONG () Rua com intervenção () Rua sem intervenção

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Tem endereço fixo? (se não, pule para questão 4)

0. Não

1. Sim

2. Há quanto tempo você reside neste endereço?

anos

meses

3. Esta residência pertence a você/sua família?

0. Não

1. Sim

4. Data de Nascimento:

dia

mês

ano

5. Raça:

1. Branca
2. Negra
3. Parda
4. Amarela

6. Preferência religiosa:

1. Protestante
2. Católica
3. Judaica
4. Islâmica
5. Outra
6. Nenhuma

7. Você esteve em um ambiente controlado (internado) nos últimos 30 dias (SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 9)?

1. Não
2. Cadeia/prisão
3. Tratamento médico
4. Tratamento para droga/álcool
5. Tratamento psiquiátrico
6. Outro

8. Quantos dias?

**ATENÇÃO ALUNOS NÃO PREENCHER
PERFIL DE GRAVIDADE**

PERFIL DE GRAVIDADE

Problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico										
Emprego										
Álcool										
Droga										
Legal										
Fam/Social										
Psicológico										

ESTADO FÍSICO

9. Quantas vezes na sua vida você foi hospitalizado por problema clínicos? (incluir overdose, delirium tremens, excluir desintoxicação)

SE NUNCA, PULE PARA QUESTÃO 11

10. Há quanto tempo atrás foi sua última hospitalização?

11. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em vida?

0. Não

1. Sim

Especifique: _____

12. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular por um problema de saúde?

0. Não

1. Sim

13. Você recebe pensão por alguma incapacidade física? (excluir incapacidade psiquiátrica)

0. Não

1. Sim

Especifique: _____

14. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias ?

**ESCORES DE GRAVIDADE DO
ENTREVISTADOR**

0. Não/Nada

1. Pouco

2. Moderadamente (mais ou menos)

3. Muito

4. Demais

15. Como você quantificaria a necessidade do paciente de tratamento clínico?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

16. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

17. Distorção proposital das informações ?

0. Não

1. Sim

ESTADO PROFISSIONAL E SUSTENTO

18. Educação completada

anos meses

19. Treinamento ou educação técnica completada

Meses

20. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade (artesão, pintor, etc)?

0. Não 1. Sim

Especifique: _____

21. Quanto tempo durou o trabalho no qual você ficou mais tempo? (vínculo de emprego)

anos meses

22. Ocupação habitual (ou a última).
Especifique: _____

23. Alguém contribui com o seu sustento (SE NÃO PULE PARA 25)?

0. Não 1. Sim

24. Isto constitui a maior parte de seu sustento?

0. Não 1. Sim

25. Padrão de trabalho habitual (mais frequente), nos últimos 3 anos :

1. período integral (40 hs/semana)

2. meio período (hs regulares)

3. meio período (irregulares, diárias)

4. estudante

5. serviço militar

6. aposentado/incapacitado

7. desempregado

8. em ambiente controlado

9. desempregado + "bicos"

26. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30 dias?

Qual a quantia de dinheiro que você recebeu nos últimos 30 dias, de cada uma das seguintes fontes?

27. emprego (líquido)

27a. Trabalho temporário ("bicos")

28. seguro desemprego

29. vales em geral

30. pensões, benefícios

ou seguro social

31. companheiro/a ,
família ou amigos

32. Ilegal

33. Quantas pessoas dependem de você para a maior parte de sua alimentação, abrigo, etc ?

34. Quantos dias você apresentou problemas no trabalho nos últimos 30 dias?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. Não/Nada
1. Pouco
2. Moderadamente (mais ou menos)
3. Muito
4. Demais

35. Como você avaliaria o grau de necessidade de aconselhamento no emprego deste paciente?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

36. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

37. Distorção proposital das informações?

0. Não 1. Sim

USO DE DROGAS/ÁLCOOL

38. Com que idade você fez uso de drogas pela primeira vez?

anos

39. Com que idade você fez uso de álcool pela primeira vez?

anos

40. Qual foi a primeira droga que você usou, levando em consideração que álcool é considerado droga? _____

41. Como foi que você conseguiu a droga (**não ler as alternativas**)?

a. () alguém deu

b. () comprou

c. () outros, especifique _____

42. Qual foi o motivo que fez você usar a primeira droga?

a. () curiosidade

b. () influência de amigos

c. () influência de parceiro

d. () para ser aceito em um grupo

e. () outros, especifique _____

43. Quais drogas você já fez uso na vida?

Último	Na Vida (idade que começou)	Via
--------	-----------------------------------	-----

Quanto dias nos últimos 30 dias	anos	Adm
---------------------------------------	------	-----

a. Álcool - qualquer uso

b. Álcool - p/ intoxicação

c. Heroína

d. Metadona

e. Opiáceos/analgésicos

f. Barbitúricos

g. Sedativos/hipnóticos

h. Cocaína

i. Crack

j. Oxy

j.1. SE SIM PARA OXY, perguntar: Você percebeu diferença entre os efeitos do crack e do oxy? 0. Não 1. Sim

k. Anfetaminas

l. Maconha (cannabis)

m. Alucinógenos

n. Inalantes

--	--	--	--	--

o. êxtase

--	--	--	--	--

p. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)

--	--	--	--

* Via de administração:

1= oral

2= nasal

3= fumada

4= pipada

5= injeção não EV

6= injeção EV

44. O crack é a sua substância principal?

0. Não 1. Sim

--

45. Quantas pedras de crack você costuma usar

por dia _____ pedras
por semana _____ pedras

46. Quanto você costuma pagar pela pedra de crack? RS

--	--	--	--

47. Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntário desta principal substância?

--	--

meses

48. Qual o motivo que fez você usar o crack pela primeira vez?

a. () curiosidade

b. () influência de amigos

c. () influência de parceiro

d. () para ser aceito em um grupo

e. () outros, especifique _____

49. Quantas vezes você teve:

a) delirium tremens alcoólico

--	--

b) overdose de droga

--	--

50. Quantas vezes na sua vida você foi tratado por:

a) Abuso de álcool

--	--

b) crack

--	--

c) Abuso de outras drogas

--	--

SE NÃO PARA 50 a, b OU c, PULE PARA 52

51. Quantas destas vezes foram apenas desintoxicações?

a) álcool

--	--

b) crack

--	--

c) outras drogas

--	--

52. Quanto você diria que gastou na última semana com:

a) Álcool

--	--	--	--

b) crack

--	--	--	--

c) outras drogas

--	--	--	--

53. Você esteve em algum tratamento por álcool ou drogas nos últimos 30 dias? **(SE NÃO, PULE PARA 53)**

0. Não 1. Sim

--

54. Quantos dias?(incluir NA, AA)

--	--

55. O motivo principal deste tratamento foi o consumo de crack?

0. Não 1. Sim

--

56. Quantos dias durante os últimos 30 você apresentou:

a) Problemas com álcool

--	--

b) Problemas com crack

--	--

c) Problemas com outras drogas

--	--

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. Não/Nada

1. Pouco

2. Moderadamente (mais ou menos)

3. Muito

4. Demais

57. Qual a importância para você agora de tratamento para

a) Problemas com álcool

--	--

b) Problemas com crack

--	--

c) Problemas com outras drogas

--	--

58. Você sabe se tem pedra de Oxy a venda no local em que você compra crack?

0. Não 1. Sim NS. Não sei

--

59. Como você avaliaria o grau de necessidade de tratamento do paciente para:

a) abuso de álcool

--

b) abuso de crack

--

c) abuso de outras drogas

--

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

60. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

--

61. Distorção proposital das informações?

0. Não 1. Sim

--

ESTADO LEGAL

62. Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes:

a - furtos em lojas/vandalismo

--	--

b - violação de liberdade condicional/ vigiada

--	--

c - porte ou uso de drogas

--	--

d - falsificação

e - ofensa armada

f - saque, furto

g - roubo

h - assalto

i - incêndio culposo

j - estupro

k - homicídio, homicídio não premeditado

l - prostituição

m - desacato a autoridade

n - outros

o - Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público

p - Dirigir quando intoxicado

q - Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação)

Senão houver resposta afirmativa pule para 61

63. Quantas destas acusações resultaram em sentenças?

64. Você já ficou preso em sua vida?

0. Não 1. Sim

64a. SE SIM, PERGUNTE:
Quantos meses?

(SE NÃO PULE PARA 66)

65 Qual o motivo? (utilize o código de a - q) se acusações múltiplas, registre a mais grave)

66. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença?

0. Não 1. Sim

(SE NÃO PULE PARA 68)

67. Por que?

68. Quantos dias nos últimos 30 você foi detido ou encarcerado?

69. Quantos dias nos últimos 30 você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?

70. Quantos dias nos últimos 30 você esteve envolvido em atividades ilegais visando à compra de droga?

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. Não/Nada
1. Pouco
2. Moderadamente (mais ou menos)
3. Muito
4. Demais

71. Como você avaliaria a necessidade deste paciente de serviço ou aconselhamento legais?

ESCORE DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

72. Interpretação errônea do paciente?

0. Não 1. Sim

73. Distorção proposital das informações?

0. Não 1. Sim

HISTÓRIA FAMILIAR

Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico - algo que recebeu ou deveria ter recebido tratamento?

LADO MATERNO

	Álcool a	Drogas b	Psiquiátrico c
74. Avó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
75. Avô	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

76. Mãe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
77. Tia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
78. Tio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LADO PATERNO

	Álcool a	Drogas b	Psiquiátrico c
79. Avó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
80. Avô	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
81. Pai	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
82. Tia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
83. Tio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARENTES

	Álcool a	Drogas b	Psiquiátrico c
84. Irmão#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
85. Irmão#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
86. Irmã#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
87. Irmã#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RELAÇÕES FAMILIARES/SOCIAIS

88. Estado Civil:

1. Casado; 2. Casado mais de uma vez; 3. Viúvo;

4. Separado; 5. Divorciado; 6. Solteiro

89. Há quanto tempo você está nesta estado condição?

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
anos	meses

90. Você está satisfeito com este estado civil?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

91. Situação de moradia habitual (último 3 anos)

1. Com parceiro sexual e filho
2. Apenas com parceiro sexual
3. Apenas com filho
4. Com os pais
5. Com a família
6. Com amigos
7. Sozinho
8. Ambiente controlado
9. Sem moradia fixa
10. Rua
- Outros _____

92. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação?
(se com os pais ou família, desde 18 anos)

anos

meses

93. Você está satisfeito com esta situação de moradia?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

(SE MORA SOZINHO PULAR PARA 96)

94. Você mora com alguém que:

0. Não 1. Sim

95A. Apresenta problema com álcool no momento?

95B. Utiliza drogas não-prescritas?

96. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?

1. Família 2. Amigos 3. Sozinho 4. Outros usuários de crack

97. Você está satisfeito em passar o seu tempo livre desta maneira?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

98. Quantos amigos íntimos você possui?

Instruções para 99 - 100: Coloque "0" na categoria familiar na qual a resposta é evidentemente negativa para todos os familiares nesta categoria; "1" onde a resposta é evidentemente positiva para qualquer familiar dentro desta categoria; "X" onde a resposta é

incerta ou "Eu não sei" e "N" onde nunca tenha existido um familiar em cada categoria.

99. Você diria que teve um relacionamento íntimo, duradouro e significativo com qualquer uma das seguintes pessoas ao longo de sua vida:

a) Mãe

b) Pai

c) Irmãos/Irmãs

d) Parceiro sexual/Esposo

e) Filhos

f) Amigos

100. Você teve períodos significativos nos quais você apresentou problemas sérios de convivência ou de relacionamento com:

0. Não

1. Sim

Últimos
30 dias

Na Vida

a. Mãe

b. Pai

c. Irmãos/Irmã

d. Parceiros sexual/esposo

e. Filhos

f. Outro familiar significativo

g. amigos íntimos

h. Vizinhos

i. Companheiros de trabalho

101. Alguma destas pessoas próximas a você já fez você sentir-se mal utilizando palavras rudes, sentindo-se ofendido ou magoado?

0. Não

1. Sim

102. Alguma destas pessoas próximas a você já lhe agrediu fisicamente?

0. Não

1. Sim

103. Alguém já fez algo de cunho sexual que você não quisesse?

0. Não

1. Sim

104. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou conflitos sérios:

ATENÇÃO SE NÃO TIVER RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DEIXAR EM BRANCO

A. com sua família ?

B. com outras pessoas? (excluindo a família)

PARA AS QUESTÕES DE RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS SOLICITE AO PACIENTE QUE UTILIZE SUA ESCALA DE ESCORES

0. Não/Nada

1. Pouco

2. Moderadamente (mais ou menos)

3. Muito

4. Demais

105. Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por:

A. Problemas familiares

B. Problemas sociais

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

106. Como você avaliaria a necessidade do paciente de aconselhamento /tratamento familiar e/ou social ?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

107. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

108. Distorção proposital das informações ?

0. Não

1. Sim

ESTADO PSIQUIÁTRICO

109. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

A. Em atendimento público

B. Em atendimento privado ou de consultório

110. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica ?

0. Não

1. Sim

111. Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de droga/álcool) no qual você apresentou:

0. Não

1. Sim

Últimos
30 dias

Na
Vida

a. Depressão grave

b. Ansiedade ou tensão graves

c. Alucinações

d. Problemas de compreensão, concentração ou memória

e. Comportamento violento

f. Pensamentos sérios sobre suicídio

g. Tentativas de suicídio

h. Recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional

112. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou estes problemas psicológicos ou emocionais?

No momento da entrevista, o paciente está:

0. Não

1. Sim

113. Obviamente deprimido/retraído

114. Obviamente hostil

115. Obviamente ansioso/nervoso

116. Apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranóide

117. Apresentando problemas de compreensão, concentração, memória

118. Apresentando ideação suicida

ESCORE DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

119. Como você avaliaria a necessidade do paciente de tratamento psiquiátrico/psicológico?

ESCORES DE CONFIABILIDADE

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

120. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

121. Distorção proposital das informações ?

0. Não

1. Sim

AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO E ENCERRE O QUESTIONÁRIO PERGUNTANDO QUAIS LOCAIS DE USO DE CRACK EM SANTOS ELE CONHECE:

19

**ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA USUÁRIOS DE CRACK
(ENTREVISTAS e APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS)**

PROJETO: "MAPEAMENTO E PERFIL DE USUÁRIOS DE CRACK NO MUNICÍPIO DE SANTOS"

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa "**Mapeamento e Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos**". O objetivo deste estudo é conhecer os usuários de crack do município de Santos, entender melhor seu universo, suas necessidades e dessa forma contribuir para o desenvolvimento de projetos de Políticas de Saúde do Município de Santos para usuários de crack. Neste sentido, conhecer alguns aspectos da sua experiência é de extrema importância.

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados nesse estudo. A entrevista é composta pela aplicação de um instrumento de pesquisa e poderá também posteriormente ser seguida de algumas perguntas para melhor compreensão da temática abordada.

Sua participação neste estudo é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar a qualquer momento a interrupção da entrevista ou retirar seu consentimento. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros usuários, não sendo divulgada a identificação de nenhum. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O estudo não apresenta riscos para os participantes. Não há benefício direto para o participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Adriana Marcassa Tucci, pode ser encontrado na UNIFESP – Campus Baixada Santista – Secretaria de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde - Endereço: Av. Ana Costa, 95 – Santos - tels.: (13) 3232-2569 (Ramal 5332) e (13) 3221-8058

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572, cj.14, São Paulo/SP tel. 11.5576.4564.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**Mapeamento e Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos**". Eu discuti com a pesquisadora sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Nome do entrevistado

Assinatura

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

Adriana Marcassa Tucci
Nome do pesquisador

Assinatura

Data



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 15 de Outubro de 2010.

CEP 1587/10

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) LUCIANA OLIVEIRA VILLARINHO RODRIGUES

Co-Investigadores: Carlos Roberto Castro e Silva (co-orientador); Adriana Marcassi Tucci (orientadora);

Disciplina/Departamento: SAÚDE/EDUCAÇÃO E SOCIEDADE/PSICOLOGIA/BAIXADA SANTISTA da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Craqueiros de Santos: quem são eles?”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo de perfil populacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Traçar o perfil dos usuários de crack (craqueiros) no município de Santos.

RESUMO: Serão selecionados usuários de crack de ambos os sexos, com idade superior à 18 anos, que estejam consumindo crack no município de Santos. Serão entrevistados 200 sujeitos, utilizando o instrumento Addiction Severity Index (ASI), validado para o Brasil, que é uma entrevista semi-estruturada com bons índices de validade e confiabilidade, que fornece além de dados sócio-demográficos, o nível de problemas e necessidade de tratamento associados ao uso de substâncias psicoativas, considerando sete áreas: condição médica, situação ocupacional, uso de álcool e outras drogas, situação legal, problemas psiquiátricos, familiares e sociais. Para avaliação qualitativa, as entrevistas serão norteadas por um roteiro semi-estruturado, que será aplicado à 15 participantes após aplicação do ASI. Os resultados serão analisados através de análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) com auxílio do programa estatístico STATISTICA..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudar e entender quem são os usuários de crack no município de Santos, caracterizando-os por seu nível social-econômico e psicossocial, criando assim uma identidade desses usuários na qual possa se traçar medidas sócio-educativas e de saúde reais e condizentes com suas necessidades..

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos que serão realizados e apresentados os instrumentos que serão utilizados.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento específico.

CRONOGRAMA: 24 Meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **10/10/11 e 09/10/12.**



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

1587/10

7. REFERÊNCIAS

Aids, (Dez 2009) Boletim Epidemiológico CRT-DST/Aids – CVE - ano XXVI- nº1- Tabela 6.

Angrosino, M. (2009) Etnografia e observação participante. Ed. Artmed.

Aquino, M.T. Boletim Eletrônico da ABEAD, 110º edição - acessado em 08/06/2010 - www.abead.com.br.

Bastos, F.I.; Mendes, A., Duarte, P.C.A.V.; Bertoni, N. (2011) Smoked crack cocaine in contemporary Brazil: The emergence and spread of “oxi”.

Baptista, M. C. (2002) O uso de êxtase (MDMA) na cidade de São Paulo e imediações: um estudo etnográfico / Murilo Campos Baptista. -- São Paulo, Tese de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.
http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_murilo.pdf

Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981) Snowball sampling. Sociological Methods and Research, 5(2): 141-163.

Brandão, M.V.M.; Morell, M.G.G.; Neto, J.F.; Ferreira, M.C. (2011) Desigualdades socioespaciais na Baixada Santista: tipologia associada à estrutura ocupacional. In Vazques D.A. (Ed) “A questão urbana na baixada santista: políticas, vulnerabilidade e desafios para o desenvolvimento”. Editora Universitária Leopoldianum.

Carvalho, H.B.; Seibel, S.D. (2009) Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV Clinics (Sao Paulo).;64(9):857-66.

Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Nappo, S.A. (2002) I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Carlini E.A.; Galduróz J.C.; Noto A.R.; Carlini C.M.; Oliveira L.G.; Nappo S.A.; Moura Y.G.; Sanchez Z.V.D.M. (2007) II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, v. 01. 472 p.

Chaves, T.V.; Sanchez, Z.M.; Ribeiro, L.A.; Nappo, S.A. (2011) Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Revista de Saúde Pública; 45(6):1168-75

Costa G.M.; Soibelman M, Daniel Luís Zanchet D.M., Costa, P.M.; Salgado C. A. I.(2012) Pregnant crack addicts. Jornal Brasileiro de Psiquiatria;61(1):8-12.

Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no

Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC).

Dias; A.C.; Araújo, M.R.; Laranjeira, R. (2011) Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista de Saúde Pública*; 45(5):938-48.

Domanico, A. (2006). Craqueiros e Cracados: Bem vindo ao mundo dos nóias estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil, Tese de Doutorado Salvador, Bahia, Brasil.

Dualibi L.B.; Ribeiro, M.; Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*; 24[suppl.4]:545-57.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2011) Study to obtain Comparable national Estimates of problem Drug Use prevalence for all EU member estates (on line). Lisbon: EMCDDA. Disponível em: URL:http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44748_EN_TDSI07002ENC.pdf

Falck, R.S.; Wang, J.; Carlson, R.G. (2007) Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction*; 102(9):1421-31.

Ferreira Filho, O.F.; Turchib, M.D.; Laranjeira, R.; Castelod, A. (2003) Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. *Revista de Saúde Pública*; 37(6):751-9 751 www.fsp.usp.br/rsp

Fischer, B.; Coghlan, M. (2007) Crack Use in North American cities: the neglected 'epidemic'. *Addiction*; 102:1340-41.

Fischer, B.; Rehm, J.; Patra, J.; Kalousek, K.; Haydon, E.; Tyndall, M.; El- Guebaly, N.(2006) Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction*; 101:1760-1770.16.

Formigoni, M.L.O.S.; Castel, S. (1999) Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26: 5-31.

Fureman, B.; Parikh, G.; Bragg, A.; McLellan, A.T. (1990) Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years (5th ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania.

Galduróz, J.C.; Noto, A.R.; Nappo, S.A.; Carlini, E.A. (2000) I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999).

Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Fonseca, A.M.; Carlini, E.A. (2004) V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD.

Garcia, L.O., Nappo, A.S. (2008) Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*; 42(4):664-71.

Gil, A.C. (2008) Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas (6ª edição)

Gossop, M.; Manning, V.; Ridge, G. (2006) Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction*; 101(9):1292-8.

Haasen, C.; Prinzleve, M.; Zurhold, H.; Rehm, J.; Guttinger, F.; Fischer, G.; et al.(2004) Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study. *European Addictive Research*: 10:139-146.

Índice de desemprego em Santos chega a 10,07%, segundo pesquisa Pesquisa foi realizada em março por núcleo ligado a uma universidade. Falta de colocação no mercado de trabalho atinge principalmente jovens. Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos (NESE) da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) Atualizado em 06/06/2012 19h15 – Globo.com Santos e região

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Último acesso em 24/09/2012.

Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J.; Kleber, H.D.(1983) Concurrent validity of the addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 606-610.

Lacerda, R.; Stall, R.; Gravato, N.; Tellini, R.; Hudes, S. (1996) HIV infection and risk behavior among male port workers in Santos, Brazil. *American Journal Public Health*; 86:1158-60.

Labigalini E; Rodrigues LR; Da Silveira DX (1999) Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal Psychoactive Drugs*; 31(4): 451-5.

Laranjeira, R; Ribeiro, M. (2010) O tratamento do usuário de crack: Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. *Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento*. Ed. Casa Leitura Médica, SP.

Laranjeira, R; Madruga, C.S.; Ribeiro, M.; Pinsky, I; Caetano, R.; Mitsuhiro, S.S.(2012) II LENAD – II Levantamento de Álcool e Drogas – O uso de cocaína e crack no Brasil.www.inpad.org.br

Lei Estadual nº 9.758 de 17 de setembro de 1997, que foi sancionada pelo decreto nº 42.927 de 13 de março de 1998, elaborada pelo deputado Paulo Teixeira.

Malta, M. et al. (2008) Risco frente ao HIV/Aids entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.42, n.5, pp.830-837. ISSN0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500007>.

Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania (março de 2001) – série manuais nº 42, Ministério da Saúde, Brasília.

Marques A.C.P.R.; Ribeiro M.; Laranjeira R.R.; Andrada N.C.(2012) Revista da Associação Médica Brasileira; 58(2):141-153.

McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. Journal Substance Abuse Treatment, 9: 199-213.

Moraes, M.(2010) Algumas implicações da ética punitiva e da ética fragmentária para as lutas contra-hegemônicas no campo das políticas públicas sobre drogas: na trilha das provocações atrevidas de Roberto Éfrem Filho. In Medrado, B., Lyra, J. Azevedo, M., Brasilino, J. (orgs) Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas (pp 167-176). Recife: Instituto PAPAI.

Mesquita, F.; Kral, A.; Reingold, A.; Bueno, R.; Trigueiros, D.; Araujo, P.J.; Santos (2001) Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV Infection Among Injection Drug Users in Brazil in the 1990s: The Impact of Changes in Patterns of Drug Use. JAIDS - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: 28,3: 298-302.

Mesquita, F. (2004) Protecting the Human Rights of Injecting Drug Users: The Impact of HIV and AIDS Health Care, Not Warfare: Brazilian Responses to the Drug Problem - pp 20-23. European Addictive Research.;10(4):147-55.

Minayo, M.C.S. (1992) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco.

Minayo, M.C.; Deslandes, S.; Neto, O.; Gomes, R. (1997) – Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade – Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Ministério da Saúde (setembro 2010). Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 48p.

Ministério da Saúde (2012) Boletim Epidemiológico – Aids e DST, ano VIII nº 1- semanas epidemiológicas 27^a a 52^a – julho a dezembro de 2010; semanas epidemiológicas – 01^a a 26^a – janeiro a junho de 2011.

Morell, M.G.G.; Gravato, N.S.; Lacerda.R.M.; Araújo, N.(2009). Respondent driven sampling: An effective methodology to estimate vulnerability to HIV transmission in Sex Workers of Santos, Brasil. *Anais da XXVI International Population Conference - International Union For The Scientific Study Of Population – IUSSP - Marrakesh, Marrocos.*

Morell, M.G.G.; Brandão M.V.M.; Vázquez (2010) Observatório das Metrôpoles - Núcleo Baixada Santista- UNIFESP - A Região Metropolitana da Baixada Santista no Censo 2010. Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.; Noto, A.R. (1996) Crack use in São Paulo. Substance Use and Misuse;31(5):565-79.

Nappo S.A.; Galduróz, J.C.F.; Raymundo, M.; Carlini, E.A. (1999) Changes in cocaine

use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*; 33(3):241-53.

Nappo, S.A.; Sanchez, Z. V. D.M.; Oliveira, L.G.; Santos, S.A.; Coaradete Jr, J.; Pacca, J. C. B.; Lacks, V. (2004) Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids. 1 ed. São Paulo: CEBRID, V.01. 125 p.

Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.F.; Carlini, E.A. (2002) O uso de cocaína: relatório informante chave (IC) de São Paulo – Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49:149-66.

Nappo, S.A.; Sanchez, Z.M.; Riberio, L.A. (2012) Há uma epidemia de *crack* entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública* vol.28 nº 9 Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900004>

Noto, A.R.; Galduróz, J.C.; Nappo, A.S.; Fonseca, A.M.; Carlini, C.M.A.; Moura Y.G., et al. (2003) Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório Anual 2009: a evolução do fenômeno da droga na Europa. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Européia.

Ogata, L.; Riberio, M. (2010) – História do consumo de crack no Brasil. In Laranjeira, R; Ribeiro, M. (orgs) O tratamento do usuário de crack: Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento. Ed. Casa Leitura Médica, SP.

Oliveira, L.; Nappo, S.(2008a) Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso – *Revista de Psiquiatria Clínica*; 35(6): 212-8.

Oliveira, L. Nappo, S.A.(2008b) Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*; 42(4):664-71.

Prinzleve, M.; Haasen, C.; Zurhold, H.; Matali, J.L.; Bruguera, E.; Gerevich, J.; Bácskai, E.; Ryder, N.; Butler, S.; Manning, V.; Gossop, M.; Pezous, A.M.; Verster, A.; Camposeragna, A.; Andersson, P.; Olsson, B.; Primorac, A.; Fischer, G.; Güttinger, F.; Rehm, J.(2004) Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. *European Addictive Research*.;10(4):147-55.

Pulcherio, G.; Stolf, A.R.; Pettenon, M.; Fensterseifer, D.P.; Kessler F. (2010) Crack – da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 54 (3): 337-343.

Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. (2004) High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*; 99:1133-1135.

Ribeiro, M.; Dunn, J; Sesso, R; Dias, C.A.; Laranjeira, R. (2006) Causes of death

among crack cocaine users, *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 28(3):196-202.

Ribeiro, L.A.; Sanchez, Z.V.D.M.; Nappo, S.A. (2010) Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health* (Online) 2010, 10: 671. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/671>

Scott, R.P. (2010) Homens, Domesticidade e Políticas Públicas na Saúde Reprodutiva. In Medrado, B., Lyra, J., Azevedo, M., Brasilino, J. (orgs) Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. _Recife: Instituto PAPAI. Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade | FAGES/UFPE

Sanchez, Z.M. e Nappo, S.A. (2002) Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*; 36(4):420-30.

Siegel, R.K. (1985) New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: Kozel, N, Adams EH (editors). Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspective. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Silva, N.G.; Pres, C.A.; Morell, M.G.G.P.; Areco, K.N. (2007) Fatores associados à infecção pelo HIV em trabalhadoras do sexo (TS) em Santos – São Paulo, *Saúde Coletiva*; 04(18): 168-172.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2009. United Nations Publication Sales No. E.09.XI.12. Disponível em: www.unodoc.org. Último acesso: 25/11/2010.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2010. United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13). Disponível em: www.unodoc.org. Último acesso: 13/02/2012.

Villarinho, L.(2001) Projeto Redução de Danos para o crack (Relatório Técnico/ 2001)- Santos, São Paulo, Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Santos (Termo de Cooperação nº 602/99), Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas – UNDCP.

Villarinho, L.; Bezerra, I.; Lacerda, R.; Latorre, M. R. D.; Paiva, V.; Stall, R.; Hearst, N. (2002) Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Revista de Saúde Pública*; 36(4 Supl):61-7.

ABSTRACT

Crack is a drug that threatens public health, due to dependence linked to an intense compulsion that makes its users vulnerable to STD/SIDA, in addition to different forms and degrees of violence and social exclusion associated to its use. This study aimed to explore the description of the profile of crack users in Santos city. The study was characterized as a cross-sectional though a quantitative, descriptive and exploratory methodology, and was conducted with 292 users or former users of crack. For evaluation of socioeconomic data, demographics and history of drug use and associated problems, was used an adapted version of the Addiction Severity Index, a Portuguese validated and standardized instrument. The sample was composed of individuals of both sexes and aged more than eighteen years. Users who agreed to participate signed a consent form. The profile of crack users found was to be predominantly male, mean age 35 years old, unmarried, homeless, with an average of 8 years of schooling, with social problems, polydrug users, and the combination of crack use with alcohol, marijuana and cocaine was the most common. The crack was considered the main substance for most of them and the most form of consumption of crack was smoked. The result of this study may assist in the implementation of new forms of intervention with crack users, strengthening public health adequate to the drug issue in the city of Santos which reinforce the needs of these users, such as increased focus on intervention in the local where they consume the drug.

Keywords: Drugs; Crack, Profile, Drug Users